

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1943

THÈSE

N°

560

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

CHARLES LOLMEDE

Interne des Hôpitaux de Paris

né le 17 Février 1913

Présentée et soutenue publiquement le 22 Décembre 1943

LES FAUX ÉTRANGLEMENTS HERNIAIRES

TRAVAIL

de la

Clinique chirurgicale de la Salpêtrière

(Professeur : H. MONDOR)

Président : M. MONDOR, Professeur

LES EDITIONS BAUDINIERE

27 bis, rue du Moulin-Vert, 27 bis

PARIS (14°)

1943

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : LOLMEDE

Prénom : Charles

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

1

LOLMEDE (Charles). — *Les faux étranglements herniaires.* Travail de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.

Paris, Editions Baudinière, 1943, in-8°, 88 pages.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1943, N°)

2

LOLMEDE (Charles). — *Les faux étranglements herniaires.* Travail de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.

Paris, Editions Baudinière, 1943, in-8°, 88 pages.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1943, N°)

3

LOLMEDE (Charles). — *Les faux étranglements herniaires.* Travail de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.

Paris, Editions Baudinière, 1943, in-8°, 88 pages.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1943, N°)

4

LOLMEDE (Charles). — *Les faux étranglements herniaires.* Travail de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.

Paris, Editions Baudinière, 1943, in-8°, 88 pages.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1943, N°)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1943

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

CHARLES LOLMEDE

Interne des Hôpitaux de Paris

né le 17 Février 1913

Présentée et soutenue publiquement le 22 Décembre 1943

LES FAUX ÉTRANGLEMENTS HERNIAIRES

TRAVAIL

de la

Clinique chirurgicale de la Salpêtrière

(Professeur : H. MONDOR)

Président : M. MONDOR, Professeur

LES EDITIONS BAUDINIERE

27 bis, rue du Moulin-Vert, 27 bis

PARIS (14°)

1943

LE DOYEN BAUDOUIN.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	N.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY- RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CADENAT.
Clinique des maladies infectieuses	BROCC.
	QUENU.
Clinique chirurgicale	MONDOR.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	N.
	N.
Clinique d'accouchements	PORTES.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	LEVEUF.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOEPER.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SENEQUE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	M. VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique	DONZELOT.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance Médico-sociale	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE. ...Pathologie chirurgicale.
BARIETYPathologie médicale.
BERNARD (E.). Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin). Hydrologie.
BONNETBactériologie.
BOULIN.Pathologie médicale.
BROUETPathologie médicale.
BULLIARD ...Histologie.
CACHERA ..Pathologie médicale.
CORDIER ...Anatomie.
COSTEPathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger). Urologie.
DELARUE. ...Anatomie pathologique.
DELAYPathologie médicale.
DEGREZ (H.).Physique.
DESOILLE. ..Médecine légale.
DIGONNET ..Obstétrique.
DOGNON.Physique.
FEVREPathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgicale.
GALLIARD. .Parasitologie.
GARCINPathologie médicale.
M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pathologique.

MM.

DE GENNES..Pathologie médicale.
HAGUENAU..Pathologie médicale.
LACOMME ...Obstétrique.
LANTUEJOULObstétrique.
LAVIERParasitologie.
LELONGPathologie médicale.
LEMAIREPathologie expérimentale.
LENEGRE ...Pathologie médicale.
M^{lle} J. LEVY.Pharmacologie.
MARCHAL ..Pathologie médicale.
MENEGAUX ..Pathologie chirurgicale.
MOLLARET. .Pathologie médicale.
MOUQUIN. .Pathologie médicale.
PATELPathologie chirurgicale.
RENARDOphtalmologie.
RICHETPhysiologie.
SICARDPathologie chirurgicale.
SOULIEPathologie médicale.
SUREAUObstétrique.
TURPINPathologie médicale.
WILMOTH ..Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVEPathologie chirurgicale.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.
GUENIOTObstétrique.
HEITZ-BOYER. Pathologie chirurg.
HUGUENIN. .Anatomie Pathologique.

MM.

LE LORIER ..Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
PIEDELIEVRE. Médecine légale.
VAUDESCAL .Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.

ALAJOUANINE .
BRULE
CHEVALLIER ..
LAROCHE Guy. .
MOREAU
SEZARY
} Clinique médicale.

MM.

BASSET
GATELLIER
de GAUDART
d'ALLAINES. .
MOULONGUET. .
MOURE
} Clinique chirurgicale.

MM. ECALLE
VIGNES } Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique
LEDOUX-LEBARD Radiologie physique.
DECHAUME Stomatologie.
N... .. Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE ET A MA MERE

*Faible témoignage de ma profonde
affection.*

A MA FEMME

En gage de ma tendresse.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur H. MONDOR, Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté, Chirurgien de l'Hospice de la Salpêtrière,

*qui m'a inspiré le sujet de cette Thèse et
m'a fait le grand honneur d'en accepter la
présidence.*

A MES MAITRES A LA FACULTE

Monsieur le Professeur HOVELACQUE (*in memoriam*).

Monsieur le Professeur ROUVIERE, professeur d'anatomie à la Faculté,

Monsieur le Professeur OLIVIER.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

(*Stage, externat, externat en premier, interne*)

Monsieur le Professeur OMBREDANNE,

Monsieur le Docteur THIERY,

Monsieur le Docteur CHEVRIER, } Chirurgiens des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur GIRODE,

Monsieur le Docteur HAGUENAU,

Monsieur le Docteur BENDA,

Monsieur le Docteur BOULIN, } Médecins des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur TZANCK,

Monsieur le Docteur ARMAND-DELILLE,

Monsieur le Professeur GUILLAIN,

Monsieur le Professeur H. MONDOR,

Monsieur le Docteur LACOMME, Accoucheur des Hôpitaux, Professeur agrégé à la Faculté.

Monsieur le Professeur MATHIEU,

Monsieur le Docteur FEVRE, Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur FEY, Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur P. BROCCQ.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

S. OBERLIN, Chirurgien des Hôpitaux.

A. SICARD, Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux.

WELTI, Chirurgien des Hôpitaux.

Jean GOSSET, Chirurgien des Hôpitaux.

J. GRASSET, Accoucheur des Hôpitaux.

Cl. OLIVIER, Chirurgien-assistant des Hôpitaux, ancien Prosecteur à la Faculté.

L. LEGER,	}	Chirurgiens assistants des Hôpitaux, Prosecteurs à la Faculté.
C. NARDI,		
CHAMPEAUX,		

Jean DEBEYRE, Chef de Clinique et Prosecteur à la Faculté.

D. MARTINET, Chef de Clinique à la Faculté.

A MES CONFERENCIERS ET AMIS

Messieurs les Docteurs CHIGOT, LANCE, IGLESIAS Y BETHAN-COURT.

A MONSIEUR LE CHEF DE BATAILLON CHRISTIAN-FROGE
ET A MES CAMARADES DU 331^e R. I.

A TOUS MES AMIS ET CAMARADES DE CAPTIVITE.

A CEUX DE MES MAITRES ET DE MES COLLEGUES

*qui m'ont aidé à vaincre d'épaisses fumées
d'amertume, à mon retour à Paris après
cinq ans d'absence.*

A MES ANCIENS MAITRES DE LA FACULTE DE TOULOUSE

Messieurs les Professeurs ARGAUD, CLERMONT, DAMBRIN,
ROQUES et Raymond SOREL.

INTRODUCTION

Les faux étranglements herniaires ont été peu étudiés dans les pays de langue française. On s'est cependant préoccupé des erreurs de diagnostic si graves au point de vue pratique, qu'ils peuvent entraîner : au cours de nos années d'études nous avons plusieurs fois entendu nos maîtres mettre en garde leurs élèves contre de telles méprises. Notre maître M. le Professeur Henri Mondor, dans son livre « Diagnostics urgents », attire l'attention sur ces faux étranglements et montre le danger de les méconnaître.

Nous ne prétendons donc pas décrire un syndrome connu depuis peu; notre seul but est de tenter une synthèse des connaissances actuelles sur ce chapitre de la chirurgie d'urgence.

Que faut-il entendre par faux étranglements herniaires? Certains auteurs étrangers confondent sous ce nom deux ordres de faits totalement différents.

D'une part sont décrits des accidents intra-sacculaires ou même péri-sacculaires donnant un tableau clinique qui fait croire à l'étranglement.

D'autre part sont envisagés les faits ayant trait à des ileus mécaniques ou dynamiques de cause intra-abdominale à l'occasion desquels une hernie devient irréductible, douloureuse, tendue, si bien qu'on risque d'attribuer les troubles observés à son étranglement.

Dans le premier cas, l'intervention mettra fatalement sous les yeux la cause du syndrome et permettra du même

coup de la traiter. L'erreur y est donc vénielle, encore est-il intéressant de connaître par avance les diverses lésions qui s'y peuvent rencontrer.

Dans le deuxième cas, au contraire, la herniotomie ne montre pas directement les lésions causales, bien qu'elle puisse apporter, comme nous le verrons, des éléments permettant de redresser le diagnostic et de pratiquer le traitement convenable. Si elle ne révèle pas l'erreur, la réduction du contenu herniaire suivi de la cure radicale de la hernie sont évidemment incapables de guérir le malade et laissent subsister la raison première des troubles observés. Ceux-ci persisteront après l'intervention et il sera parfois trop tard lorsqu'on se décidera à pratiquer la laparotomie permettant de déceler et de traiter la lésion.

C'est ce deuxième groupe de faits qui, pour beaucoup d'auteurs, mérite seul le nom de faux étranglements herniaires et que nous voulons surtout étudier, en rapportant quelques observations particulièrement suggestives qu'ont bien voulu nous communiquer quelques-uns de nos maîtres et de nos collègues.

Nous envisagerons cependant brièvement auparavant les accidents proprement herniaires capables de simuler l'étranglement. Nous éliminerons donc les erreurs de diagnostic entre hernie crurale étranglée et adénite inguino-crurale ou phlébite de la crosse de la saphène, entre hernie ombilicale ou crurale étranglée et kyste dermoïde suppuré, entre hernie inguinale étranglée et orchite d'un testicule en ectopie, etc... : la littérature offre de très nombreux exemples de ces erreurs de diagnostic souvent difficiles d'ailleurs à éviter, mais elles n'entrent pas dans le cadre de notre étude. De même nous laisserons de côté l'engouement herniaire; il est souvent bien difficile de préciser les limites entre cet accident et l'étranglement dont l'engouement peut n'être que le premier stade. Cette discussion du diagnostic entre engouement et étranglement est d'ailleurs bien désuète; il n'en saurait découler, même si l'on croyait pouvoir conclure fermement à l'existence de l'engouement, aucune abstention opératoire, étant entendu que toute hernie qui se complique doit être opérée sans délai.

PREMIERE PARTIE

LES ACCIDENTS HERNIAIRES SIMULANT L'ETRANGLEMENT

Sous ce titre nous envisagerons :

1° Quelques cas d'étranglement ou d'inflammation de lipome préherniaire;

2° Surtout des accidents intrasacculaires :

- Appendicites herniaires,
- Inflammation des sacs herniaires vides,
- Infarctus intestinaux intraherniaires,
- Contusions herniaires simulant l'étranglement,
- Enfin les torsions intra-herniaires :

— de l'épiploon,
— de la trompe et de l'ovaire contenus dans une hernie,
— voire même de la vésicule biliaire intra-herniaire
dont il a été publié un cas,

— quant au volvulus intestinal intra-herniaire, c'est-à-dire n'intéressant que les anses intestinales contenues dans une hernie, son étude n'est guère séparable de celle, beaucoup plus intéressante, des volvulus à la fois intra-

herniaires et intra-abdominaux, ou seulement intra-abdominaux chez des malades porteurs de hernies qui présentent à cette occasion le syndrome de faux étranglement et tous ces accidents trouveront leur place dans la deuxième partie de ce travail.

Parmi les accidents herniaires capables de simuler l'étranglement, il faut faire une place à l'éventualité exceptionnelle de l'étranglement ou de l'inflammation du lipome préherniaire si fréquent dans les hernies crurales, ou même du tissu cellulo-graisseux périsacculaire, non organisé en lipome.

Luigi Tochiana rapporte dans le *Policlinico* (n° 1, 1939) l'observation d'une femme de 38 ans, qui fut prise de douleurs croissantes dans la région de l'aîne gauche. La malade n'avait jamais remarqué auparavant l'existence d'une hernie. Elle perçut alors dans la région douloureuse, une tuméfaction du volume d'une petite noix, douloureuse, de consistance plutôt dure. Puis la douleur diffusa vers l'abdomen surtout vers la région gauche du bas-ventre et des nausées apparurent. Pendant deux jours des compresses chaudes furent appliquées; les douleurs et l'état nauséux demeurèrent sans changement; puis la douleur augmenta et la tuméfaction devint plus volumineuse et plus tendue. Un médecin consulté hésita entre hernie crurale étranglée et adénite aiguë, et envoya la malade à l'hôpital.

L'examen montre à la région crurale gauche une masse de la taille d'une grosse noix, dure, douloureuse, fixée profondément. La peau qui la recouvre est de consistance et de coloration normales. Au niveau de l'abdomen on note un léger météorisme, mais pas de douleur à la palpation, pas de défense. Les touchers vaginal et rectal ne montrent rien d'anormal.

On porte le diagnostic d'épiplocèle étranglée et on intervient à l'anesthésie locale.

Après une incision parallèle à l'arcade crurale, on libère une tuméfaction herniaire de coloration violacée, avec un pédicule s'engageant dans le canal crural. On incise le fascia propria et l'on met ainsi tout à coup à découvert une

masse grasseuse à lobules plutôt épais ayant tout l'aspect de la graisse épiploïque. Croyant avoir ouvert un sac adhérent, on débride le ligament de Gimbernat pour attirer la masse étranglée, et l'on constate alors que celle-ci se continue avec la graisse sous-péritonéale, bien délimitée par un sillon net. Cette masse est épaissie, dure, de constitution sclérolipomateuse et très vascularisée.

A la partie latérale de cette masse grasseuse, était un petit sac herniaire œdémateux et vide. On résèque la masse lipomateuse étranglée, on libère le sac et on ferme l'orifice herniaire par une plastie à la Novarro. — Guérison.

Moutier, de Nantes, dans *Paris-Médical* (30 juin 1923), rapporte deux observations analogues :

La première concerne une femme de 55 ans, présentant un tableau de hernie crurale gauche étranglée :

48 heures avant l'entrée à l'hôpital, douleur vive au pli de l'aîne, vomissements, arrêt des matières et des gaz.

Sous l'arcade crurale, l'examen montre une tumeur dure, mate, non impulsible à la toux.

Par ailleurs, l'état général est bon, la langue humide, le pouls à 100.

Le diagnostic de hernie crurale gauche étranglée s'impose.

Intervention : Incision verticale. On met à nu une masse grosse comme un petit œuf, grisâtre, œdémateuse, sphacélée, facile à cliver du tissu cellulaire voisin normal. On débride l'anneau crural. Le pédicule de la hernie, froncé, semble vide. Incision du sac. Celui-ci, en effet, est vide. Il loge facilement l'extrémité du pouce. Le péritoine du sac est sphacélé, gris, violacé, tranchant au niveau du collet avec le péritoine abdominal de coloration normale. Résection du péritoine au delà du collet. On explore les anses intestinales voisines et l'épiploon : ils sont sains.

Fermeture du péritoine, puis de l'anneau. Suture de la peau sans drainage. Suites opératoires normales; la malade sort guérie le 22^e jour.

La deuxième observation concerne une femme de 57 ans, présentant un tableau de hernie crurale droite étranglée.

Début quatre jours avant l'admission; signes d'occlusion très nets; arrêt des matières et des gaz, vomissements bilieux abondants; quelques gaz, cependant, auraient filtré la veille de son entrée.

A l'entrée, l'état général est bon, pouls rapide, bien frappé, langue un peu sèche, abdomen normal. Sous le pli de l'aîne droite, en dedans des vaisseaux, on constate la présence d'une tumeur dure, mate, non impulsible. Mais, frappé du peu d'altération de l'état général, malgré l'ancienneté de l'étranglement, on formule l'hypothèse de lipome préherniaire étranglé parce qu'on se souvient du cas précédent.

L'intervention montra des lésions en tout points comparables à celles de la première observation et la guérison fut obtenue aussi simplement.

Ainsi donc, voici trois cas d'étranglement de lipome préherniaire et du sac vide. Moutier a vérifié l'état de l'épiploon et des anses intestinales qui se présentaient : ils étaient absolument normaux.

L'occlusion observée est une occlusion réflexe. La deuxième malade de Moutier n'a été vue qu'au quatrième jour et son état général était bon encore. Elle avait même eu quelques gaz la veille de son entrée : son occlusion tendait à s'amender.

L'auteur tente une explication pathogénique de ces faits : « le lipome nourri uniquement par le sac, complètement indépendant du tissu cellulaire qui l'entoure, subit certains mouvements de va-et-vient en rapport avec la pression abdominale. Un effort plus violent, amenant une hyperpression abdominale l'a sans doute chassé plus fortement vers la cuisse; le pédicule du sac s'est étranglé sur le ligament de Gimbernat et les lésions nécrotiques se sont constituées ».

Quoi qu'il en soit, nous pouvons conclure de l'examen des faits précités que le diagnostic clinique est impossible;

l'étranglement isolé du lipome préherniaire ne peut être reconnu qu'à l'intervention.

On retrouve également dans la littérature quelques faits d'inflammation du lipome préherniaire, pouvant simuler l'étranglement. Nous voulons seulement citer ici, pour illustrer cette éventualité elle aussi exceptionnelle, la très curieuse observation rapportée par C. Bauer dans le *Münchener Medizinische Wochenschrift* du 13 novembre 1931.

Il s'agit d'un homme de 62 ans qui présenta successivement une douleur à l'aîne droite avec « sensation de piquêre », puis une tuméfaction inguinale droite au niveau de laquelle la peau rougit au bout de quelques jours; la douleur augmenta mais pas de vomissement, pas d'arrêt des matières et des gaz.

A l'examen on constate sous l'arcade crurale, une tuméfaction grosse comme un œuf de poule, rouge, dure, douloureuse, mate à la percussion, sans impulsion à la toux. On porte le diagnostic d'épiplocèle étranglée.

L'intervention montra, au centre de la graisse préherniaire dure et infiltrée, un abcès gros comme une cerise, contenant du pus jaune-verdâtre, fétide, dans lequel on trouva une arête de poisson!

La graisse malade fut extirpée et dans la profondeur on trouva un sac herniaire vide, gros comme une noix, et ne portant pas trace de perforation antérieure.

L'examen du pus révéla la présence de colibacilles, de streptocoques et de staphylocoques blancs.

L'arête avait perforé la paroi intestinale d'une anse momentanément intra-herniaire, puis le sac, et était venue enfin se loger dans la graisse préherniaire qu'elle avait infectée.

Ces faits de pseudo-étranglement par strangulation ou inflammation de la graisse préherniaire sont encore une fois exceptionnels et ne sauraient être que des découvertes d'intervention.

2° Parmi les accidents intrasacculaires qui font croire

à tort à l'incarcération de la hernie et que nous voulons maintenant étudier.

I. — *Les contusions herniaires* ne méritent, du point de vue qui nous occupe, qu'une brève mention. A la suite d'un traumatisme herniaire, même minime parfois, des signes d'étranglement peuvent certes faire leur apparition.

De nombreuses études ont été faites sur ces contusions. Certains auteurs se sont efforcés de mettre en valeur les tableaux d'étranglement qu'elles peuvent amener : nous citerons l'article de G. Frattin dans la *Revue Policlinico* du 27 juin 1927, et l'article de R. Chabrut dans la *Presse médicale* du 10 septembre 1930.

Mais il s'agit dans ces cas, non pas de faux étranglements, mais de véritables étranglements traumatiques, parfois incomplets d'ailleurs, sous la double influence de l'effort au moment du trauma et de l'œdème et de la congestion du contenu herniaire du fait de la contusion, rendant ce contenu plus volumineux et moins facilement réductible.

En tout cas, devant l'apparition de signes d'étranglement chez un malade porteur d'une hernie ayant subi un traumatisme même léger, il convient d'intervenir d'urgence.

II. — Quant aux *appendicites herniaires*, elles ont été l'objet de très nombreux travaux et beaucoup de thèses déjà leur ont été consacrées, ce qui nous permettra d'être bref en ce qui les concerne, nous réservant d'étudier un peu plus longuement certains accidents herniaires moins connus.

Nous rapporterons néanmoins l'observation suivante récente de notre maître, M. le Professeur agrégé A. Sicard. Cette observation est très particulière et fort intéressante parce qu'elle montre la possibilité d'appendicite herniaire dans une hernie gauche à la faveur de certaines anomalies de position cœco-appendiculaire.

Il s'agissait d'un homme de 55 ans porteur de deux volumineuses hernies inguinales directes assez mal maintenues par un bandage depuis de nombreuses années.

Le 15 juillet 1943, le malade s'était couché, souffrant de sa hernie gauche qu'il n'était pas parvenu comme à l'habitude, à réduire complètement. La nuit fut mauvaise; deux vomissements survinrent, et le lendemain matin, lorsque le chirurgien fut appelé, un état nauséux persistait. Tandis que la hernie droite était réduite, la gauche était grosse comme le poing, douloureuse et irréductible. L'abdomen était ballonné et partout sensible à la pression. L'émission des gaz était arrêtée depuis la veille.

Devant ce tableau, on pensa à une hernie étranglée. L'attention fut néanmoins attirée par la température à 38°5 et le pouls à 100. Mais on crut pouvoir attribuer ces signes infectieux à une rhino-pharyngite. Comme il paraissait s'agir d'une hernie par glissement, on souleva néanmoins l'hypothèse d'une sigmoïdite ou d'une perforation dans le sac d'un diverticule du sigmoïde.

Intervention sous anesthésie à l'évipan. A l'ouverture du sac, on trouva, outre de l'épiploon, et du colon adhérent, un pus fétide qui conduisit sur un diverticule à parois épaisses, collé contre la face antérieure de l'intestin et perforé à 1 cm. de sa pointe. La première idée fut qu'on était en présence d'une perforation d'un diverticule sigmoïdien, mais en le suivant, on constata qu'il était long d'une dizaine de centimètres et qu'il présentait toutes les apparences d'un appendice.

On remarqua que le colon n'avait pas de frange graisseuse, et en l'extériorisant doucement, on attira une anse grêle qui s'implantait sur sa face interne. A ce moment seulement, on comprit avoir sous les yeux l'angle iléo-cœcal et être en présence d'une perforation appendiculaire.

L'épiploon fut réséqué, l'appendice enlevé, le cœcum libéré du sac herniaire. Puis on ferma la paroi inguinale en laissant la peau ouverte.

Un mois plus tard, l'examen radiologique du tube digestif fut pratiqué qui rendit compte de l'anomalie de position cœco-appendiculaire. Le lavement baryté dessina un rectum, un sigmoïde, un colon descendant absolument normaux jusqu'à l'angle colique gauche. De ce point, la baryte s'engagea dans un colon transverse très court, situé

dans la région ombilicale, dépassant à peine la ligne médiane, et suivi par le colon ascendant se dirigeant vers la fosse iliaque gauche, le cœcum étant placé devant le sigmoïde. Toute cette première partie du colon était très mobile. Au bord interne du cœcum se trouvait l'iléon, et tout l'intestin grêle était rejeté dans la partie droite de l'abdomen. L'estomac et le duodénum étaient normaux.

Une telle anomalie est en fait exceptionnelle et c'est en pratique dans les hernies droites que l'on peut voir l'appendicite herniaire.

Peut-on penser au diagnostic d'appendicite herniaire? Pour beaucoup d'auteurs, il serait dans nombre de cas possible de différencier appendicite herniaire et étranglement herniaire :

Bien que les deux accidents puissent tous deux se marquer par un accès douloureux soudain, local ou abdominal, ou à la fois local et abdominal, on insiste sur le fait que dans l'appendicite, la douleur semble survenir par paroxysmes avec des intervalles de mieux-être; dans l'étranglement, la douleur est continue et s'accroît constamment. En outre, dans le premier cas, si l'appendice se perforé, la douleur cesse.

Nausées et vomissements se voient dans les deux cas.

Mais souvent dans l'appendicite herniaire, *le début est celui d'une appendicite typique* avec une douleur péri-ombilicale ou épigastrique se localisant ensuite secondairement dans la fosse iliaque droite ou au sac herniaire. Un tel fait retrouvé à l'interrogatoire doit attirer l'attention. Bachy et Rabourdin (Archives des maladies de l'appareil digestif, octobre 1936) affirment que la douleur de la fosse iliaque droite en pareil cas, doit conduire à soupçonner l'appendicite, surtout chez l'enfant.

L'examen peut également mettre sur la voie du diagnostic : l'existence d'une contracture du quadrant inféro-droit de l'abdomen est évidemment, quand elle existe, le fait le plus significatif. En outre, beaucoup d'auteurs attachent de la valeur à l'existence d'une petite aire de sensibilité exquise grande comme une noix sur le sac herniaire

contrastant avec l'absence de maximum douloureux au collet. Enfin, certains prétendent qu'il est parfois possible de palper les contours de l'appendice lui-même ou de sentir la fluctuation d'un abcès dans le sac.

La fièvre, l'hyperleucocytose sont évidemment des arguments différentiels de valeur quand elles existent, mais elles manquent souvent.

Ce n'est bien souvent qu'à l'intervention, il faut bien le dire, que l'on découvrira l'appendicite herniaire alors qu'on avait cru à un étranglement banal. Beaucoup d'auteurs sont d'avis que, sauf si l'on est certain que l'inflammation de l'appendice n'a pas intéressé les tissus voisins, l'intervention doit se borner à l'appendicectomie, laissant la réparation de la hernie pour une date ultérieure.

III. — Les hernies contenant un *appendice épiploïque* peuvent en cas d'inflammation ou de torsion de cet appendice devenir douloureuses, tendues, irréductibles et être tenues à tort pour étranglées.

1° H. Eggers de Magdeburg dans le *Zentralblatt für Chirurgie* (25 août 1928), rapporte un cas particulièrement frappant d'inflammation d'un de ces appendices épiploïques.

Il s'agissait d'un malade de 65 ans présentant un syndrome d'étranglement d'une hernie inguinale gauche ancienne et jusque là bien réductible.

L'intervention montra la présence de pus dans le sac qui, par ailleurs, contenait le sigmoïde et une partie du colon descendant. Une frange épiploïque était épaissie et œdémateuse (de la taille d'une pomme). Entre elle et la paroi postérieure du sac, on trouva un abcès gros comme une noix, contenant un pus épais et malodorant (où la culture révéla des colibacilles). On fit l'ablation de la frange épiploïque et l'on se rendit compte que l'abcès en provenait. Par ailleurs, l'intestin ne communiquait nullement avec l'abcès.

L'auteur pense « que la paroi intestinale, lésée par les petits traumatismes répétés dus au port du bandage, s'était laissée traverser par les bacilles ».

Peut-être l'examen histologique (qui ne semble pas avoir été fait) aurait-il montré la présence d'un diverticule muqueux dont on sait la fréquence à l'intérieur des appendices épiploïques. L'infection de ce diverticule serait en effet une explication beaucoup plus satisfaisante des troubles observés.

2° Le docteur J. Debeyre a bien voulu nous confier l'observation suivante de torsion intra-herniaire d'un appendice épiploïque. Qu'il trouve ici nos remerciements.

Il s'agissait d'un malade de 63 ans porteur, depuis l'âge de 15 ans d'une hernie inguinale gauche toujours réductible et bien maintenue par un bandage. Par ailleurs, vers l'âge de 16 ans, à la suite d'un traumatisme des bourses, le testicule droit avait augmenté de volume et présenté une hydrocèle persistant encore maintenant.

Le samedi 3 décembre, ne travaillant pas ce jour-là, il quitta son bandage. Au repas de midi il ressent une gêne, une douleur légère dans la région inguinale gauche et le soir il constate l'apparition d'une légère tuméfaction de la région.

Le dimanche soir la douleur est toujours peu accusée, mais l'augmentation de volume de la tuméfaction est manifeste.

Le lundi, il reprend cependant son travail, mais souffre davantage et la grosseur augmente encore. Inquiet, il entre le lundi soir à l'hôpital, dans le service de M. le Professeur Mondor.

Il est à remarquer que, pendant ces quelques jours, il n'a présenté aucun signe digestif : pas d'arrêt des matières et des gaz (il va deux fois par jour à la selle), pas de vomissements, pas de nausées.

A l'examen, au niveau de la région inguinale gauche on constate une tuméfaction ovalaire à grand axe oblique en bas et en dedans, de la grosseur d'un œuf de poule. La peau qui la recouvre ainsi que l'hémiscrotum gauche paraissent tuméfiés et rouges.

A la palpation, cette tumeur est dure, douloureuse, irréductible, et ne subit pas d'impulsion à la toux.

Il existe, semble-t-il, un point douloureux nettement localisé au pôle supérieur de la tumeur. Le testicule gauche qui se trouve au-dessous et nettement séparé de la tumeur est normal.

Quant au testicule droit, il est très augmenté de volume, indolore, et présente manifestement une hydrocèle que le malade dit avoir depuis son traumatisme (à l'âge de 16 ans).

Intervention : Incision de kélotomie. Sac congénital et lipome.

Le sac adhère au cordon; il est très épais et difficilement clivable.

On y trouve une volumineuse frange épiploïque de 8 cm. de large, noirâtre, infarctie, tordue sur elle-même. Ablation et ligature du pédicule au ras du colon sigmoïde. Fermeture du sac. Fermeture du canal inguinal. Réunion de la peau.

Cette observation de torsion d'un appendice épiploïque dans une hernie, nous amène à envisager :

IV. — *les torsions des organes intra-herniaires.* Les volvulus intestinaux seront étudiés dans la deuxième partie de notre travail.

Nous nous occuperons ici :

- des torsions de l'épiploon hernié,
- des torsions de la trompe de Fallope et de l'ovaire intra-herniaires,
- ou même des débris parovariens (dont une observation nous a été communiquée) ;
- enfin nous relaterons une observation de volvulus intra-herniaire de la vésicule biliaire.

La torsion intra-abdominale d'un épiploon dont l'extrémité est fixée dans une hernie n'est pas un accident très rare. Elle donne plutôt un tableau intra-abdominal que des signes herniaires.

Ce sont les torsions intra-herniaires, susceptibles de simuler l'étranglement, qui nous intéressent surtout, en sa-

chant bien qu'elles peuvent s'associer à une torsion intra-abdominale. Il est indiqué donc, lorsqu'on découvre l'épiploon tordu dans une hernie, de vérifier l'état du tablier épiploïque sous-jacent.

Cette torsion épiploïque intra-herniaire est une complication aujourd'hui bien connue et fixée par de nombreux travaux (cf. bibliogr.). Son tableau clinique n'a rien de très particulier : on ne peut la distinguer de l'épiplocèle étranglée ou de l'épiploïte.

— Les torsions de la trompe et de l'ovaire contenues dans une hernie sont connues depuis longtemps. Damianos, en 1905, dans un article du *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, en réunissait 20 observations.

En France, Auvray (Arch. obst. et gynéco 1912) en 1912, en a fait une étude détaillée. Nous signalerons encore les observations d'Hallopeau et Colleville (Bull. Soc. Anat. mai 1920), André Buquet (Paris chirurgical 1923), Rochet et Peycelon (Soc. Méd. de Lyon, 25 avril 1925), l'observation de Mathieu et Moruzi (présentée à la Soc. de Chir. en 1926).

Lièvre, dans sa thèse (Paris 1930), fait une revue générale des cas rapportés. Les observations les plus récemment publiées sont celles d'Albert Mouchet (qui relate deux cas dans la *Presse Médicale* du 18 octobre 1930, et de Lapeyrie et Cabanac, Cabanac et Passebois qui rapportent trois cas dans les Archives de Soc. méd. et biol. de Montpellier (juin 1934). Dans tous ces derniers cas il s'agit de fillettes de quelques mois et les tableaux cliniques sont à peu près superposables à quelques variantes près. Nous donnerons la première observation de Mouchet qui nous paraît particulièrement suggestive :

Il s'agissait d'une fillette de 11 mois qui, deux jours avant son entrée à l'hôpital, avait eu des vomissements, perte de l'appétit, sommeil coupé de fréquents réveils, température à 37°5, agitation enfin.

A l'examen on voit une tuméfaction rouge, chaude, de la région inguinale droite, s'étendant jusque sur la grande lèvre.

Par ailleurs, la mère signale que la région inguinale droite a toujours été plus volumineuse que la gauche depuis la naissance.

À l'examen, tuméfaction inguinale localisée à l'anneau, s'étendant sur la grande lèvre; peau rouge, chaude. On sent profondément une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, rénitente, qui semble se prolonger dans le canal inguinal par un pédicule dont la palpation réveille de vives douleurs. La surface est lisse, régulière, aucune réductibilité.

Adénite enflammée? Aucune porte d'entrée sur le membre inférieur, la vulve, l'anus ne vient plaider en faveur de ce diagnostic. D'autre part, il existe une tuméfaction inguinale droite depuis la naissance.

On pense qu'il s'agit :

— soit d'un kyste enflammé du canal de Nück,

— ou bien plutôt, à cause de la rareté d'un tel diagnostic d'une hernie étranglée.

Néanmoins on reste impressionné par l'aspect inflammatoire de cette tuméfaction : œdème des téguments, plaque rouge de la peau recouvrant une tumeur lisse et régulière.

Opération : anesthésie générale au chloroforme : À l'ouverture du sac, on voit jaillir littéralement une masse ovoïde toute noire avec à côté d'elle un petit corps mou de coloration rouge.

La masse ovoïde, toute noire comme une truffe est l'ovaire, très augmenté de volume, tordu de deux tours dans le sens des aiguilles d'une montre autour du ligament utéro-ovarien.

Le petit corps mou est la trompe avec son pavillon; elle n'a pas participé à la torsion; elle est seulement un peu rouge et paraît enflammée.

Ligature et ablation de la trompe et de l'ovaire au ras de la corne utérine.

Ablation du sac, suture du canal inguinal au catgut, peau aux crins, suites normales.

Dans cette observation, la torsion n'a porté que sur l'ovaire, mais il est plus fréquent qu'elle porte à la fois sur la trompe et l'ovaire.

La torsion se fait dans le sens des aiguilles d'une montre, ou bien en sens inverse, de un ou plusieurs tours.

Les lésions rappellent tout à fait celles que l'on observe dans la torsion du testicule : d'abord congestion et œdème, puis infarctus, enfin gangrène.

Cliniquement, on observe d'abord une augmentation de volume de la tuméfaction herniaire, et son irréductibilité; tumeur ovoïde rénitente, dont la palpation arrache des cris à l'enfant.

Peu de temps après, apparaissent des signes généraux : cris de l'enfant, sommeil agité, pouls à 110-120, vomissements. L'arrêt des matières est plus tardif et souvent incomplet. La température reste souvent normale.

L'emploi de la glace, les grands bains chauds, les tentatives prudentes de réduction, tous moyens efficaces dans l'étranglement herniaire chez le nourrisson, échouent ici.

Le diagnostic n'est pratiquement jamais fait; cependant, de l'avis de tous les auteurs que nous avons cités, l'état inflammatoire local (avec œdème des téguments, étalé sur une étendue notable, et rougeur de la peau) devraient faire penser systématiquement à l'accident de torsion intra-herniaire de la trompe et de l'ovaire chez une fillette qui a vomi et qui était porteuse de hernie.

En général, on intervient assez tard, car les signes ne sont pas aussi alarmants que dans une hernie étranglée vraie. Cependant on comprend tout l'intérêt d'un diagnostic précoce permettant la conservation de l'ovaire, si l'on intervient avant que des lésions irréversibles n'aient eu le temps de s'établir : si l'ovaire n'est que tuméfié, rouge, avec seulement quelques points infarcis, on peut le conserver; au contraire, s'il est entièrement infarci, noir comme une truffe, il faut l'enlever.

Signalons que, dans le cas de Cabanac et Passebois, l'ovaire, bien que non complètement infarci, ne fut pas conservé parce que polykystique et d'ailleurs impossible à réintégrer en raison de la brièveté du ligament rond qui « sou-

daît la corne utérine et l'ovaire à la paroi ». On enleva donc en bloc la trompe et l'ovaire adhérent et polykystique.

— De ces observations de torsion intra-herniaire tubo-ovarienne, chez la fillette nous rapprocherons une observation de torsion de débris parovarien, survenue chez une femme adulte; nous remercions M. le docteur Claude Olivier d'avoir bien voulu nous communiquer cette observation; nous n'en avons trouvé aucune autre semblable dans la littérature.

Mme I., âgée de 32 ans, est atteinte depuis un an d'une hernie inguinale droite. Elle la réduit chaque jour sans difficulté.

Un matin, cependant, la réintégration s'avère impossible. Dans la journée surviennent des douleurs spontanées. Pas de vomissements mais quelques coliques, sans selle ni gaz.

Le lendemain on voit la patiente. Il existe en regard de l'orifice inguinal externe une tuméfaction irréductible du volume d'une noisette. La pression y est très douloureuse, sans que l'on puisse mettre en évidence de maximum net au niveau du collet. L'irréductibilité est indiscutable. Aucun renseignement particulier n'est fourni par l'examen abdominal ou le toucher vaginal.

Intervention immédiate sous anesthésie générale. L'incision du sac donne issue à du liquide sanglant. On aperçoit aussitôt une formation arrondie, violacée, du volume d'une bille attachée par un pédicule filiforme au péritoine près du collet; la torsion est de deux tours. Un débridement permet de voir que l'implantation se fait à la face postérieure du ligament rond. Ablation, réfection de la paroi par le procédé de Bassini.

A la coupe cette petite masse s'avéra kystique. L'examen historique pratiqué par Mlle Gauthiers-Villars, professeur agrégé, fit voir qu'il s'agissait d'un débris parovarien tordu.

— Enfin, pour en finir avec les torsions intra-herniaires, nous rapporterons la très curieuse observation sui-

vante (que le docteur Lucien Léger a bien voulu nous signaler) de Sutter dans le *Beitrag zur Klinische chirurgie* (1927) : *Die Stieltorsion der Gallenblase*, observation I.

Femme de 62 ans. Il y a six ans opérée pour prolapsus utérin. Depuis quarante ans, hernie ombilicale, toujours spontanément réductible.

La malade entre le 28-12-1914 parce que, depuis la veille, la hernie s'est étranglée. Son état général à l'entrée est assez bon. Dans la région ombilicale, on constate une tuméfaction hémisphérique aplatie, large à sa base comme une bonne paume de main. La peau à son niveau est tendue, luisante, violacée. On palpe dans la hernie une tumeur solide, peu douloureuse, bosselée, qui se poursuit vers la cavité abdominale par un pédicule.

Intervention. Sac herniaire mince et adhérent. Après libération du contenu herniaire (épiploon) on fend l'anneau herniaire transversalement. Révision du contenu : outre l'épiploon, on voit un organe fortement tendu, en forme de « saucisse » se prolongeant en arrière et en haut, qui est pris d'abord pour de l'intestin grêle, mais qui se termine à un bout en cul-de-sac. Il s'agit en réalité de la vésicule biliaire fortement distendue, tordue de 180° dans le sens inverse des aiguilles d'une montre et qui était contenue dans la hernie. Dans le cystique, quelques petits calculs. Après libération du collet du cystique, cholécystectomie typique.

Révision de l'épiploon, réduction; fermeture du collet herniaire à la soie.

La malade mourut le dixième jour de broncho-pneumonie.

Cette observation de torsion intra-herniaire de la vésicule biliaire est, à notre connaissance, la seule qui ait été signalée.

V. — On faisait autrefois, à côté de l'étranglement, une place démesurée à la péritonite herniaire. Bien que beaucoup plus rare qu'on ne l'avait cru, la péritonite her-

niaire existe et l'on peut distinguer : — *les péritonites herniaires secondaires à une péritonite de la grande cavité* avec laquelle le sac herniaire communique, capables de simuler un étranglement dans les cas où les signes d'inflammation herniaire prédominent (et c'est alors la présence de pus dans le sac malgré l'intégrité des viscères herniés qui fera redresser le diagnostic et conduira à rechercher et traiter la cause de la péritonite par laparotomie) ;

— *et les péritonies herniaires dues à des lésions des viscères herniés* ;

épiplocèle infectée, appendicite herniaire, diverticulite herniaire, inflammation d'appendice épiploïque, salpingite herniaire, etc.

Nous nous occuperons ici du cas moins banal de pseudo-étranglement par inflammation d'un sac herniaire vide.

1° G. Aigrot, dans *Lyon-Chirurgical* (1931), rapporte quatre observations d'épanchement purulents dans des sacs herniaires vides, mais ces épanchements provenaient d'appendicites aiguës suppurées pour trois d'entre eux, d'un ulcère gastrique perforé pour le quatrième.

Ces cas méritent donc de figurer plutôt dans la deuxième partie de notre travail, traitant des faux étranglements herniaires causés par une affection intra-abdominale.

2° M. Madlener, dans le *Deutsche Zeitschrift für chirurgie* (1926), traite des « inflammations des sacs herniaires vides ».

Il rapporte tout d'abord l'observation d'une de ses malades présentant depuis 48 heures une tuméfaction douloureuse au niveau de l'aîne droite, avec nausées apparues le deuxième jour, mais sans arrêt des gaz.

Cette tuméfaction,, très douloureuse à la pression, était située juste au dessous de l'arcade crurale. Elle était recouverte de téguments rouges et enflammés (sur la largeur d'une paume de main).

L'auteur insiste sur le fait qu'on pouvait déprimer profondément la paroi juste au-dessus de l'arcade crurale sans faire souffrir la malade.

Par ailleurs, l'abdomen était absolument normal.

On intervint d'urgence avec le diagnostic d'épiplocèle crurale étranglée.

• Incision de la peau et du tissu cellulaire enflammé infiltré.

Dissection du sac : Sac herniaire de 7 cm. de long, 3 de diamètre. Son grand axe, oblique en haut et en dehors parallèlement à l'arcade crurale, se continuant dans le canal crural par un petit pédicule.

Le sac était un peu étranglé perpendiculairement à son grand axe par une bride fibreuse. Ouverture prudente du sac épais. Il s'en écoule 20 centimètres cubes environ de sécrétion jaune brunâtre. Par ailleurs, le sac est vide, la séreuse rouge sombre. Il communique avec la cavité péritonéale par un tout petit orifice.

On fend le ligament de Gimbernat; le péritoine pariétal se laisse alors un peu attirer et l'on peut prolonger l'incision du sac et fendre le collet herniaire. *La séreuse du collet est normale de même que l'épiploon et les anses grêles qu'on attire par l'ouverture.* Excision du sac après ligature haute. Fermeture de l'anneau herniaire par suture au pectiné. Drain sous la peau.

L'examen anatomo-pathologique du sac herniaire montra de nombreuses cellules endothéliales péritonéales en état « d'inflammation phlegmoneuse ».

Guérison rapide après l'intervention.

Outre ce cas relaté par Madlener, Sutter, en 1907, avait rassemblé de la littérature trente cas certains de fausses hernies étranglées par inflammation d'un sac herniaire vide. Deux cas ont été par la suite signalés par Dubs, un par Lenormant. Il apparaît donc que c'est là une éventualité rare.

De la comparaison des divers cas publiés, il ressort qu'il faut distinguer et opposer : les inflammations aiguës et chroniques des sacs herniaires vides.

— *Les inflammations chroniques* sont souvent séreuses ou fibrineuses. Elles créent des adhérences des anses et de l'épiploon intra-herniaire entre eux, et avec le sac, favo-

risant ainsi l'irréductibilité de la hernie et son étranglement. Si le sac est vide, les fausses membranes peuvent accoler ses parois entre elles et notamment fermer complètement le collet herniaire, créant un véritable kyste herniaire (ce qui réalise un processus de guérison analogue à celui que l'on a cherché à obtenir par injection de substances irritantes).

Ces inflammations chroniques sont souvent causées par des facteurs mécaniques : petits traumatismes répétés (port d'un bandage), souvent aussi par des poussées d'engouement.

Elles passent souvent inaperçues ou ne causent que des troubles légers.

— Beaucoup plus importantes pour la pratique sont les inflammations aiguës de sacs herniaires vides.

Quelle est la pathogénie de tels accidents?

Parfois, ils surviennent à la suite d'affection de voisinage :

inflammation aiguë de la peau de recouvrement, une poussée de phlébite localisée à la saphène au voisinage, ou bien une adénite aiguë.

Lenormant a publié un cas de hernie épigastrique ayant donné lieu à un syndrome de faux étranglement : À l'opération, le sac herniaire ne renfermait aucun viscère abdominal, mais était plein de liquide gastrique : il s'agissait d'un gros ulcère calleux de la paroi antérieure de l'estomac près du cardia.

Dans d'autres cas on pourrait peut-être invoquer une localisation au point de moindre résistance que constitue le sac herniaire lésé par des traumatismes répétés, et souvent mal vascularisé, au cours d'infection générale (Madlener).

Mais il est de nombreux cas où on ne trouve absolument aucune explication.

Ce fut le cas pour le malade de Madlener. L'auteur remarque cependant que le sac présentait des signes d'inflammation chronique certainement antérieure à l'accident observé (épaississement, bride fibreuse en son milieu) et

croit que, probablement, il était le siège d'une infection latente qui s'est vraisemblablement réveillée sous une influence inconnue.

Quoi qu'il en soit de ces considérations pathogéniques, l'évacuation et la résection du sac enflammé est indiquée pour éviter l'extension de l'infection à la grande cavité avec laquelle le sac communique plus ou moins.

Le diagnostic de cette complication rare des hernies est pratiquement impossible : on pense à une hernie étranglée.

Madlener signale deux symptômes qui pourraient peut-être faire penser à l'inflammation d'un sac vide :

— des signes d'irritation péritonéale progressivement croissants;

— la possibilité de déprimer profondément la paroi abdominale juste au-dessus du collet herniaire.

Nous remercions encore ici M. le docteur Claude Olivier qui a bien voulu nous communiquer l'observation suivante qui illustre les considérations précédentes. Là encore, aucune explication satisfaisante ne put être trouvée.

M. R., âgé de 49 ans, se fait admettre d'urgence le 11 août 1941 dans le service de notre maître le Professeur Mondor pour une hernie, inguinale droite étranglée. Celle-ci est irréductible depuis deux jours et s'accompagne de douleurs modérées. Pas de selles ni de gaz depuis trente-six heures. Température 38°2 que semble bien expliquer une poussée subaiguë sur un vieux catarrhe bronchique.

Au-dessus de la ligne de Malgaigne se voit une tuméfaction du volume d'une noix, arrondie, uniformément douloureuse. La peau est de couleur normale et nullement irritée par le bandage qui la presse depuis plusieurs années. L'irréductibilité est complète.

Opération sous anesthésie locale. Dès l'incision du sac s'écoule du pus jaune verdâtre bien lié sans odeur. Au niveau du collet des adhérences limitent la cavité péritonéale. Vers le bas n'existe aucune connection avec l'appareil épidi-dymotesticulaire. Evacuation. Résection du sac.

La grande cavité péritonéale discrètement explorée se révèle libre d'adhérence. Réfection de la paroi en deux plans.

L'analyse bactériologique du pus donna les réponses suivantes : Très nombreux polynucléaires, quelques hématies. Nombreux cocci deux à deux en courte chaînette. Culture : enterocoques. L'enquête étiologique à laquelle on se livra fut entièrement négative : aucune lésion cutanée, pas de crise douloureuse abdominale les jours précédent ayant pu libérer quelques gouttes de pus migratrices.

VI. — Dans certains cas, on a pu voir des *infarctus mésentériques intra-herniaires* qui ont simulé l'étranglement. On a parfois insisté sur l'influence favorisante des hernies surtout volumineuses et anciennes, sur la production de l'infarctus :

— Thouvenin d'Angers a rapporté en juillet 1923 (Archives médicale d'Angers) un cas de thrombose mésentérique dans un sac herniaire, ayant simulé une hernie étranglée :

Il s'agissait d'un homme de 79 ans admis d'urgence à l'hôpital pour hernie inguinale étranglée.

A l'examen on notait une grosse hernie inguinale droite dure, douloureuse, tendue, absolument irréductible depuis 12 heures, un ventre un peu ballonné, des vomissements incessants, un arrêt complet des matières et des gaz. Cependant, quelques symptômes un peu anormaux étaient notés :

- 1° L'intensité et la précocité de l'occlusion.
- 2° L'intensité de la douleur tant abdominale qu'herniaire.
- 3° La largeur du pédicule paraissant aussi volumineux que la hernie elle-même.
- 4° La persistance d'une certaine impulsion à la toux.
- 5° Un état général infiniment plus affecté qu'il ne l'est d'ordinaire dans une grosse hernie étranglée depuis quelques heures.

On conclut néanmoins à l'existence d'un étranglement herniaire.

Intervention. Anesthésie à l'éther.

Incision inguinale qui découvre un gros sac tendu et bleuté que l'on ouvre : issue d'un flot de liquide sanglant. Au milieu du sang, issue spontanée par la boutonnière agrandie d'une anse noire comme du boudin, irrégulière, tuméfiée et dure, mais nullement étranglée : 1° L'intestin se laisse en effet facilement attirer dans la plaie; 2° Deux doigts s'engagent facilement dans un collet très large à travers lequel continue de s'écouler du liquide sérohématique en abondance; 3° On ne note en aucun point la moindre trace de striction.

L'anse malade est extériorisée. Elle siège à la partie inférieure de l'iléon. Sur une longueur de 10 cm. environ, elle est tuméfiée, violacée et dure, donnant presque la sensation d'une vraie tumeur du grêle. La consistance de l'intestin au niveau du bord libre est normale. La tuméfaction siège surtout au niveau du bord mésentérique et de là va dans le mésentère qui est épais de un centimètre, cartonné et noirâtre sur une zone triangulaire à base intestinale. En amont de celle-ci l'intestin est dilaté; en aval il est rétracté.

Résection du coin entéro-mésentérique; les branches mésentériques ne saignant pas, la section est reportée plus haut en plein mésentère souple et sain.

Anastomose latéro-latérale (différence de calibre des deux bouts) au bouton. Cure radicale de la hernie : guérison.

Ce cas n'est pas unique. Simon, dans sa thèse (Paris 1939) a rassemblé six cas d'infarctus intestinal d'origine herniaire, parmi lesquels trois avaient donné lieu à un syndrome simulant l'étranglement. Dans deux de ces cas cependant, la hernie avait pu être réduite facilement (une fois par le malade lui-même).

Quels sont les signes qui pourraient évoquer l'infarctus chez de tels malades?

— La rapidité et l'intensité de l'occlusion.

— La douleur brutale en « coup de bâton » au niveau du sac.

— Un état général très altéré, tous *symptômes fonctionnels et généraux* trop intenses pour un étranglement de date récente.

— Des signes physiques d'étranglement *peu serré* : largeur du pédicule, persistance d'une légère impulsion à la toux.

— Enfin un terrain spécial : sujet âgé aux artères scléreuses porteur depuis longtemps d'une grosse hernie à anneau large, plus ou moins incoercible (dont l'étranglement est relativement rare).

Cependant, dans le cas de Curtillet (in thèse de Simon) il s'agissait d'un jeune indigène de vingt ans).

Quoi qu'il en soit, l'erreur de diagnostic fréquemment commise est facilement rectifiée à l'intervention grâce à l'abondance de l'épanchement hémorragique, l'aspect spécial de l'anse herniée, l'absence de signes d'étranglement, la dureté de carton et la teinte boudinée du mésentère.

Quant à la conduite à tenir, il semble bien d'après la majorité des cas publiés, que les lésions rencontrées à l'intervention sont le plus souvent trop avancées pour qu'on puisse croire à leur réversibilité sous l'influence des injections d'adrénaline et dans la majorité des cas, il faut réséquer.

VII. — Enfin, nous voulons mentionner à la fin de cette première partie le fait curieux relaté par N.-M. Harry dans *The Medical Journal of Australia* (11 avril 1939).

Il s'agissait d'un homme de 76 ans, porteur depuis longtemps d'une hernie inguinale volumineuse, laquelle devint brusquement tendue, très douloureuse, irréductible, non impulsible à la toux, et augmenta de plusieurs fois son volume.

Malgré l'absence complète de vomissement et d'arrêt du transit intestinal, on crut à un étranglement.

L'intervention montra un sac distendu par une grande quantité de sang noir et contenant du colon sigmoïde

normal et nullement étranglé. L'hémorragie provenait de la rupture d'une veine du mésocolon sigmoïde.

L'auteur suppose que cette rupture s'était produite par tiraillement de la veine au moment de la pénétration brusque dans le sac d'une quantité de colon plus importante qu'habituellement.

Il ajoute : « Quand on considère la tension à laquelle les veines mésentériques sont soumises, on s'étonne que leur rupture soit si peu fréquente. »

DEUXIEME PARTIE

Nous voulons étudier maintenant les faits beaucoup plus intéressants, concernant les syndromes de faux étranglements herniaires accompagnant une affection intra-abdominale.

Ces cas en effet risquent d'entraîner de graves erreurs diagnostiques et thérapeutiques; on a tendance à attribuer à la hernie devenue douloureuse, irréductible et qui semble étranglée les signes d'occlusion constatés. Si au cours de la herniotomie pratiquée pour lever le soi-disant étranglement rien de spécial n'attire l'attention de l'opérateur vers une cause interne d'occlusion, ce n'est que devant la persistance et l'aggravation des troubles après l'intervention qu'une laparotomie sera envisagée : il sera souvent alors trop tard.

Il a été fort peu écrit sur cette question. La seule étude importante qui en a été faite est déjà fort ancienne : c'est le travail fondamental de Clairmont de Vienne en 1909 (dans la revue *Archiv. für Klinische Chirurgie*). Clair-

mont avait rassemblé 107 observations de ces faux étranglements herniaires.

Il les avait classés en tenant compte du mode de l'occlusion interne qui leur avait donné naissance : occlusion mécanique (éventualité de beaucoup la plus fréquente — 95 observations sur 107), ou bien occlusion dynamique.

Nous conserverons cette division en énumérant les divers cas que nous avons rencontrés dans la littérature.

Nous rapporterons au passage les observations qui nous ont été communiquées.

Nous tenterons enfin de dégager quelques notions pathogéniques, certains signes cliniques qui peuvent faire penser à un faux étranglement et aussi certaines constatations opératoires au cours de la kélotomie qui doivent attirer l'attention sur l'existence possible d'une affection intra-abdominale, cause première des troubles observés.

I. — FAUX ETRANGLEMENTS HERNIAIRES ACCOMPAGNANT UN ILEUS MECANIQUE

1° Dans un certain nombre de cas c'est *l'étranglement insoupçonné d'une hernie externe petite et méconnue* qui était la cause première des troubles et qui a provoqué des modifications d'une deuxième hernie plus apparente; cette dernière devenue douloureuse et irréductible a été considérée comme étranglée.

Nous citerons à titre d'exemple les observations de Ludwig et Chassaignac (in Clairmont).

Ludwig : Femme avec symptômes marqués d'étranglement et hernie inguinale douloureuse, volumineuse mais pas très tendue. Herniotomie. Dans le sac herniaire, épiploon induré, et intestin rouge, congestionné que l'on réduit sans grande difficulté. Légère amélioration après l'opération, puis reprise des signes et, trois jours après, exitus : à l'autopsie on trouve sous la hernie inguinale une petite hernie crurale contenant de l'intestin gangréneux.

Chassaignac : Homme de 51 ans avec hernie ombilicale grosse comme une noix, qui, après une forte toux a

grossi et s'est étranglée. Un médecin réussit à la réduire; les signes d'étranglement s'améliorent, mais, au-dessus de l'ombilic se constitue une tuméfaction inflammatoire qui, quatre semaines plus tard, est incisée et donne issue à des matières, des gaz intestinaux et du pus. Ici existait à côté de la hernie ombilicale qu'on avait crue étranglée, une petite hernie épigastrique étranglée qui avait guéri spontanément par phlegmon et fistule pyostercorale.

Pour en finir avec ce cas très particulier, nous devons signaler la coexistence possible, plusieurs fois mentionnée dans la littérature, de deux hernies étranglées en apparence simultanées. On peut se demander s'il s'agit là d'une coïncidence fortuite, ou bien s'il n'existe pas plutôt un rapport causal entre les deux étranglements observés.

2° Ailleurs l'occlusion interne primitive était causée par un *étranglement interne* dans une fossette péritonéale ou un hiatus normal ou pathologique.

C'est ainsi que dans un cas un syndrome de faux étranglement était constaté au niveau d'une épiplocèle inguino-scrotale gauche alors que l'accident primitif responsable des troubles observés était un étranglement du grêle dans une fossette rétro-coecale (Observation de Rieux in Clairmont).

Nous citerons encore l'observation de Schnitzler où une hernie crurale droite paraissait étranglée, un taxis brutal fut pratiqué qui amena une diminution brusque du volume de la hernie. Pensant à une perforation, on intervint. On vérifia la présence de la perforation, on introduisit un drain dans l'orifice et l'anse fut laissée extériorisée. Devant l'absence d'amélioration, on réintervint et on constata l'étranglement des deux pieds de l'anse herniaire dans une brèche épiploïque.

3° Dans une troisième catégorie de faits, l'occlusion interne est due à *l'étranglement de l'intestin par l'épiploon ou par une bride*, cette strangulation pouvant porter, sur l'anse afférente, sur les deux pieds de l'anse herniaire, ou sur une anse sans rapport avec la hernie.

Un cas particulier de ce groupe est l'étranglement de la totalité du grêle par l'épiploon tendu de l'estomac à la hernie formant ainsi une corde qui comprime sur son trajet les anses grêles.

Verneuil avait observé deux cas de cette catégorie :

Le premier avait trait à un étranglement datant de sept jours qu'il crut peu serré à cause de la bénignité des symptômes. Après ouverture du sac, tous les essais de réduction demeurèrent vains; on n'obtint la réintégration qu'après élargissement de l'anneau herniaire. Le malade mourut la nuit suivante. L'autopsie montra l'anneau herniaire libre et l'anse intestinale entourée par un demi-anneau d'épiploon qui est adhérent au sac herniaire.

La deuxième observation de Verneuil concernait un homme de 25 ans porteur d'une volumineuse hernie inguinale gauche au niveau de laquelle apparurent progressivement des signes d'étranglement. Herniotomie. Dans le vaste sac herniaire, on trouve de l'intestin vivement enflammé et une masse épiploïque qui file vers le haut en un cordon épais, et qui adhère intimement au sac herniaire. L'obstacle à la réduction siège au-dessus de l'anneau inguinal interne, au collet du sac herniaire qui, avec le bout du doigt, est élargi. Après quoi, on réussit à réduire l'intestin. Une partie de l'épiploon est réséqué. Aucune amélioration ne suit l'opération. La mort survient trente heures plus tard. A l'autopsie on trouva un épais cordon épiploïque allant de la grande courbure au sac herniaire et divisant en deux parties inégales l'intestin grêle qu'il comprime. L'anse herniaire est reconnaissable à sa couleur livide.

Voici encore une observation de ce genre citée par Clairmont :

Vidal observe une hernie étranglée qu'on parvient à réduire, qui ressort, et encore une fois rentrée, ressort à nouveau, cependant que les signes d'étranglement persistent. L'opération montre un cordon épiploïque adhérent au collet du sac herniaire et qui entoure et étrangle l'intestin.

Cette observation montre un signe un peu particulier dont nous verrons l'intérêt : la reproduction rapide de la hernie après chaque réduction plus ou moins laborieuse. On ne fait plus aujourd'hui le taxis, mais au cours de l'intervention, l'issue des viscères herniés après chaque réintégration obtenue plus ou moins facilement est un symptôme équivalent à noter.

Dans ce troisième groupe que nous venons d'illustrer par ces quelques exemples, on est frappé à la lecture de toutes les observations par les relations de cause à effet qui existent entre la hernie et l'agent d'étranglement : le plus souvent, l'épiploon qui étrangle est fixé dans la hernie ou à son collet, il est épaissi par l'épiploïte qui a son maximum au voisinage de la hernie; quand l'agent d'étranglement est une bride, celle-ci s'insère souvent au voisinage du collet herniaire. Ces strangulations intra-abdominales par l'épiploon fixé au niveau de la hernie, ou par bride à point d'attache herniaire peuvent donc être considérées comme de véritables complications des hernies.

4° L'occlusion est conditionnée par la *coudure d'une anse intestinale ou son enroulement autour d'une bride*.

Elle peut ainsi porter

- sur l'anse afférente,
- sur l'anse efférente,
- ou sur une anse sans rapport avec le contenu herniaire.

Dans certaines des observations de ce groupe, l'intestin s'était enroulé autour d'une corde épiploïque tendue entre l'estomac et le sac herniaire (auquel l'épiploon était fixé), ou bien autour d'une bride s'insérant à l'anneau herniaire.

5° L'occlusion intestinale est conditionnée par un *volvulus*. C'est le cas le plus fréquent.

Ce volvulus peut n'avoir aucun rapport avec la hernie: il semble s'agir d'une simple coïncidence : hernie inguinale gauche donnant des signes d'étranglement et volvulus du coecum par exemple (Rokitansky cité par Clairmont).

Nous citerons encore les deux observations de Riche et

de Mourgue-Moline (de Montpellier) (in thèses de Couve et Stoyanoff) concernant deux syndromes de faux étranglement de deux hernies ombilicales ne contenant que de l'épiploon alors qu'il s'agissait en fait de volvulus du coecum et du sigmoïde.

Mais le plus souvent il s'agit de volvulus herniaire désignant par là les torsions de l'intestin conservant un rapport anatomique certain avec un sac herniaire.

Ces volvulus ont été bien étudiés dans la thèse de Bonnecaze (Paris, 1924).

— Il peut s'agir de volvulus des anses intestinales contenues à l'intérieur d'une hernie : c'est le *volvulus intra-herniaire*, variété la moins rare et la plus facile à constater.

— Il peut s'agir de volvulus de l'intestin grêle dont une partie est intra-herniaire et une partie intra-abdominale, cette dernière intéressant les anses sus-jacentes à la hernie : *volvulus intra-herniaire et intra-abdominal*.

— Il peut s'agir enfin de *volvulus de l'anse afférente* d'une hernie irréductible et souvent réellement étranglée.

— Quant aux volvulus de l'anse efférente, ils sont absolument exceptionnels : Clairmont en cite un cas, Bonnecaze deux cas.

L'étude du mécanisme de ces volvulus explique bien la rareté de ceux de l'anse efférente par rapport à ceux de l'anse afférente.

Ce mécanisme est facile à comprendre en ce qui concerne les volvulus de l'anse afférente et les volvulus intra-herniaires et intra-abdominaux : la torsion des anses intestinales se produit en effet, d'une manière générale, sous l'influence du péristaltisme *en amont* d'un obstacle quelconque, soit qu'il y ait fixation de l'intestin sans occlusion (c'est le cas d'une hernie irréductible avec adhérences intestinales par exemple), soit qu'il y ait occlusion sans fixation (cas par exemple d'un cancer non adhérent, d'une invagination intestinale), soit qu'il y ait occlusion et fixation à la fois. Dans ce dernier cas, les conditions seront favorables au maximum à la production du volvulus : l'intestin en amont se tord comme le ferait « un tuyau de caoutchouc d'arrosage sous l'influence de la pression de

l'eau lorsqu'on l'écrase avec le pied, la torsion se faisant en amont du point de pression ». Cette dernière éventualité est bien réalisée en cas de hernie étranglée : le volvulus se produit au niveau des anses situées en amont de l'étranglement. De fait, dans beaucoup d'observations appartenant à ce groupe il y a coexistence d'étranglement herniaire vrai et de volvulus et il faut tenir pour vraisemblable que l'étranglement est primitif et que le volvulus n'est apparu que secondairement.

Il faut donc exclure ces cas des faux étranglements. Ils présentent cependant le même danger : méconnaître et négliger l'occlusion interne (ici volvulus) et attribuer tous les troubles à la hernie étranglée. Le danger d'une telle erreur est extrême, car l'on sait la gravité et la rapidité d'apparition des lésions intestinales dans le volvulus.

Quant au mécanisme du volvulus intra-herniaire (que nous plaçons ici — bien qu'il s'agisse d'un accident intrasacculaire — pour ne point scinder l'étude des volvulus herniaires), il est beaucoup moins certain; Clairmont admet comme vraisemblable que l'anse contenue dans la hernie depuis des années acquiert des modifications qui prédisposent au volvulus, comme l'allongement et l'épaississement du mésentère. Là où des adhérences existent dans le sac herniaire, l'entrecroisement des bouts afférents et efférents de l'anse fixée peut survenir du fait des mouvements péristaltiques.

Quoi qu'il en soit de ces considérations pathogéniques, voici comment habituellement les choses se passent :

Il s'agit en général d'un homme (plus souvent que d'une femme), porteur d'une hernie depuis longtemps. Il est pris d'accidents d'occlusion intestinale en même temps que la hernie est douloureuse et irréductible : on croit à un étranglement herniaire et l'on intervient. Plusieurs cas sont alors possibles :

1° On découvre un volvulus intra-herniaire.

2° Ou bien parfois, malgré un large débridement du collet on ne peut réduire l'anse étranglée : on pratique alors une herniolaparatomie pour rechercher l'obstacle à

la réduction et l'on constate alors le volvulus de l'anse afférente associé ou non à une torsion intra-herniaire.

3° Ailleurs, on constate l'étranglement. On lève l'obstacle, et on explore systématiquement les anses intestinales afférentes et efférentes.

En attirant l'anse afférente, on est surpris de ne pouvoir l'amener qu'avec difficulté, et surtout on constate qu'elle est congestionnée, violacée, comme si elle-même avait subi un étranglement.

La laparatomie s'impose alors, qui fait reconnaître les volvulus.

4° L'exploration systématique de l'intestin voisin de l'anse herniée a-t-elle été négligée ou le volvulus en est-il très distant (ce qui est exceptionnel) c'est l'autopsie seule qui permet de découvrir la torsion.

Un certain nombre de signes ont été donnés qui permettraient le diagnostic clinique :

1° La réductibilité partielle de la hernie associée à une certaine mollesse. Mais dans les volvulus complets, la tension extrême de l'intestin est au contraire la règle.

2° L'absence de liquide intrasacculaire est notée dans beaucoup d'observations mais bien difficile à mettre en évidence cliniquement.

3° L'absence de douleur localisée au pédicule de la hernie, la douleur étant au contraire diffuse sur toute l'étendue de la hernie, signe qui doit attirer l'attention quand il existe, mais inconstant.

Ces signes n'ont d'ailleurs rien de pathognomonique du volvulus; leur présence peut tout au plus faire soupçonner un faux étranglement herniaire, comme nous le verrons.

Quant aux signes abdominaux, l'extrême douleur abdominale qui est souvent notée, l'existence d'un météorisme localisé, sont des symptômes vraiment insuffisants.

Seule, la présence d'une tumeur palpable dans l'abdomen au-dessus de la hernie serait un signe de grande valeur, mais malheureusement exceptionnel.

Nous pouvons conclure que le diagnostic précis de volvulus herniaire ne sera posé cliniquement que bien rarement.

Le traitement des volvulus intra-herniaires ne présente aucune difficulté : il faut parfois sectionner une bride qui a pu être le point de départ de la torsion.

En cas de volvulus intra-abdominal et intra-herniaire, on est en présence d'une hernie volumineuse comprenant une ou plusieurs anses tordues. Aussitôt que la détorsion apparaît malaisée, il faut penser à la possibilité d'une portion abdominale du volvulus et pratiquer la herniolaparotomie. La détorsion et la réduction seront alors des plus aisées.

En ce qui concerne les volvulus de l'anse afférente, leur connaissance est une raison de plus pour ne jamais réintégrer une anse herniaire étranglée sans avoir vérifié que ses deux bouts peuvent être aisément extériorisés et qu'ils ne présentent pas eux-mêmes de lésion de strangulation.

Pour illustrer ces quelques considérations sur les syndromes de fausses hernies étranglées dus à des volvulus herniaires, nous rapporterons les deux très belles observations de P. Picquet et J. Bonnecaze (archives des maladies de l'appareil digestif. Mars, 1927).

Observation I. — M. François, âgé de 60 ans, exerçant la profession de cordonnier, a été pris le 16 février 1923 de douleurs violentes au niveau d'une hernie inguinale droite dont il est porteur depuis quinze ans, et qu'il maintient par un bandage.

Le 17 février, les douleurs diminuent. le malade va à la selle.

Le 18 février, les douleurs reprennent, se généralisent à tout l'abdomen, mais le malade émet encore, affirme-t-il, une dernière selle.

Aussi tarde-t-il à consulter.

Le 20 février il est amené à l'hôpital Tenon.

Son état s'est brusquement aggravé.

Le facies est anxieux, les traits tirés. Le matin ont apparu des vomissements bilieux, et depuis le malade a vomi ce qu'il a essayé de boire.

Examen du malade

Malade de complexion robuste, paroi abdominale très épaisse, ventre non ballonné avec un certain degré de défense de la paroi. On ne peut y palper aucune masse. On constate une hernie inguinale droite du volume du poing ayant les caractères habituels aux hernies étranglées. En particulier, on réveille une douleur vive très localisée au niveau du pédicule herniaire.

Pouls à 116, petit mais très perceptible, température 37°2.

Intervention

Anesthésie locale à la novocaïne. Incision sur la hernie. Ouverture du sac. On aperçoit une anse grêle repliée sur elle-même en état d'extrême distension ayant 8 à 10 cm. de diamètre. Très petite quantité de liquide intra-sacculaire. Le débridement large du collet ne permet pas de pratiquer la réduction de l'anse herniée.

Herniolaparatomie. Le malade poussant, anesthésie générale à l'éther. On aperçoit alors un volvulus portant sur 60 cm. environ d'intestin. La torsion est de 180° dans le sens des aiguilles d'une montre. L'anse afférente de la hernie continue l'anse inférieure du volvulus; l'anse afférente de la hernie est à 40 cm. environ de la valvule iléo-coecale. La torsion de l'intestin a son pied au niveau du collet de la hernie.

L'intestin, au niveau du volvulus, est très congestionné, violacé, mais uniformément sans plaque de sphacèle. Il est jugé en assez bon état pour être conservé.

La détorsion de l'anse entraîne l'affaissement immédiat de la hernie, ce qui semblerait indiquer que le contenu herniaire a participé dans une certaine mesure à la torsion de l'anse sus-jacente.

Réfection de la paroi. Les suites opératoires paraissent devoir être excellentes. Le malade rend des gaz le soir même. Le lendemain il a plusieurs évacuations diarrhéiques.

Le 22, congestion pulmonaire *très étendue aux deux bases*.

Le 24, le malade, dans un effort de toux particulièrement violente, désunit la plaie opératoire que l'on doit refermer.

Extension et aggravation des lésions pulmonaires.

Mort le 1^{er} mars. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Observation II. — M. R., âgé de 67 ans, est amené à l'hôpital avec le diagnostic de hernie inguinale droite étranglée.

Le malade est porteur de sa hernie depuis vingt ans; depuis quelques mois, elle se réduit difficilement.

Examen du malade

Hernie inguinale droite du volume de deux poings, irréductible, douloureuse au pédicule.

Arrêt des matières et des gaz depuis 24 heures.

Intervention

Anesthésie locale. Novocaïne au 1/200. Le sac herniaire contient 40 cm. environ d'intestin grêle, distendu, violacé. Il est facile d'amener, une fois l'orifice profond du canal inguinal débridé, l'anse efférente; il est impossible d'amener l'anse afférente.

L'incision est agrandie par le haut par section des muscles larges. On constate une torsion, dans le sens des aiguilles d'une montre, portant sur environ 40 cm. de grêle qui coiffent l'orifice inguinal profond.

Détorsion simple.

L'anse efférente de la hernie est à 20 cm. environ de la valvule iléo-coecale.

Pas de lésion de méésentérite, pas d'adénopathie mésentérique.

Guérison sans incident. Le malade sort guéri de l'hôpital le seizième jour.

Notre collègue le Docteur René Küss a bien voulu nous communiquer l'observation suivante de faux étranglement herniaire avec volvulus :

Ob. Alphonse, officier de marine en retraite, âgé de 75 ans, est envoyé le 24 septembre 1942, à 19 heures, à l'hôpital de Vaugirard (Service du Professeur Brocq) par son médecin pour : hernie inguinale étranglée.

Sujet fatigué; cécité presque complète et degré important de surdité. Était porteur d'une hernie inguinale droite depuis vingt-cinq ans, maintenue par un bandage.

Le 24 septembre au matin, la hernie devient douloureuse et irréductible. Crise de coliques abdominales; nausées mais pas de vomissement. Deux selles diarrhéiques dans la journée.

Actuellement, grosse hernie inguinoscrotale droite, douloureuse, dans son ensemble tendue; ne subit pas d'impulsion à la toux — irréductible. Abdomen légèrement ballonné; pas d'ondulation péristaltique. Température 36°5. Pouls 90.

Intervention (M. Küss).

Anesthésie locale. Incision d'un sac très épais; il s'écoule du liquide séro-sanglant, mais le sac est vide; pensant à une réduction spontanée, on recherche une anse après débridement du collet. On ramène une anse grêle normalement aplatie, mais ni dans un sens ni dans l'autre elle ne se laisse attirer : elle semble fixée dans l'abdomen. On se donne du jour en mordant sur le conjoint; on voit alors apparaître des anses grêles énormes, dilatées, vineuses. Cure de la hernie.

Anesthésie à l'éther et laparotomie médiane sous-ombi-

licale. Liquide séro-sanglant en abondance. Irruption d'un paquet d'anses grêles violacées et distendues. La fin du grêle et le cadre colique sont plats. Le coecum et l'appendice sont attirés vers la ligne médiane.

Pas de tumeur, pas de brides mais de nombreuses adhérences unissant les anses dilatées. On pose le diagnostic de volvulus du grêle. Extériorisation et détorsion du paquet intestinal de 90°; presque aussitôt on voit le coecum et le transverse se remplir.

Fermeture en trois plans sans drainage. Suites opératoires à peu près normales. Le malade rend des gaz le surlendemain.

Au cinquième jour, petite crise d'occlusion avec ondulations péristaltiques, mais qui cède rapidement. Le malade quitte l'hôpital le quinzième jour cicatrisé et sans trouble du transit.

Il semble que ce volvulus ayant donné lieu à un syndrome de faux étranglement herniaire, ait pu avoir comme cause occasionnelle « un pied » dans le contenu herniaire formé par la terminaison du grêle.

6° Clairmont rapporte le cas unique signalé dans la littérature de faux étranglement herniaire survenu à la suite d'une *invagination intestinale* intra-abdominale : c'est l'observation de Braun Krause.

En fait, dans ce cas, la partie basse de l'abdomen avait été quelques heures avant le début des accidents, le siège d'un traumatisme violent (coup de pied).

Nous avons vu d'autre part, la possibilité souvent signalée de syndrome de faux étranglement à la suite de contusion herniaire, même légère. Nous ne retiendrons donc pas cette observation dont l'interprétation nous paraît extrêmement discutable.

7° L'occlusion est due à une *obstruction par corps étranger*.

Trois observations de ce groupe sont citées par Clairmont :

L'obstruction intestinale était due dans ces trois cas respectivement à un calcul biliaire, un calcul stercoral volumineux, et un peloton d'ascaris. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'autre observation de ce genre, non plus que du groupe où

8° L'occlusion est due à *une sténose non cancéreuse* dont Clairmont avait pu rassembler cinq cas :

- un où la sténose portait sur le colon droit après péritonite;
- quatre où elle siégeait sur le colon descendant (deux fois) et le sigmoïde (deux fois).

Deux de ces sténoses étaient de nature indéterminée.

L'une avait succédé à des ulcérations dysentériques.

L'une enfin était une sténose péricolique par pérисigmoïdite.

9° Beaucoup plus fréquents sont les cas où le faux étranglement est dû à une *occlusion intra-abdominale par obturation cancéreuse*.

On trouve dans la littérature des observations de ce groupe où le cancer sténosant siégeait à l'angle hépatique du colon, au niveau du transverse, au niveau de l'angle gauche du colon, du colon gauche et surtout du rectum.

Clairmont en avait relaté cinq cas.

F.-O. Mayer, dans *Münchener Medizinische Wochenschrift* (22 janvier 1932), en rapporte un cas, de même que Karl Gütig dans *Beitrage fur Klinische Chirurgie* (1929).

Carcassonne et Luccioni de Marseille ont également observé un cas de ce groupe (Thèse de Couve : *Les faux étranglements herniaires*, Marseille, 1934).

Nous citerons ces deux dernières observations :

a) Observation de K. Gütig :

Il s'agissait d'un médecin de 32 ans, porteur depuis sa

prime jeunesse d'une hernie inguinale gauche directe, volumineuse, si bien maintenue par un bandage que le malade accomplissait sans gêne son dur métier de médecin de campagne.

Depuis quelques mois cependant il accusait des douleurs au niveau de sa hernie qui ne se laissait plus réduire que difficilement.

Puis, brusquement, tableau d'étranglement avec vomissements. La hernie put cependant être réduite après bain chaud et morphine.

En outre, l'interrogatoire apprenait l'existence d'un « catarrhe » intestinal depuis de longues années.

Cure radicale de la hernie. Après l'opération, apparition de difficulté des exonérations fécales qui conduisit à pratiquer un toucher rectal lequel révéla la présence d'un énorme cancer du rectum inextirpable.

La distension intestinale, consécutive à la sténose néoplasique et à laquelle participait l'anse herniée, avait amené le syndrome de faux étranglement.

b) Observation de Carcassonne et Luccioni :

Faux étranglement et cancer sténosant du recto-sigmoïde.

Homme de 68 ans, opéré vingt et un jours auparavant pour des phénomènes d'étranglement survenus sur une hernie qu'il avait depuis l'enfance et qui ne l'avait jamais fait souffrir. A la suite de cette intervention, l'état du malade continue à s'aggraver. Arrêt des matières et des gaz, le ventre se ballonne. Dans les deux derniers jours qui précèdent son entrée à l'hôpital, il présente de très vives douleurs abdominales généralisées. Jamais de vomissements, mais de nombreuses nausées.

A son entrée, le malade présente un ventre volumineux avec météorisme en cadre; le pouls est faible et dépressible. L'état général est très grave.

Au toucher rectal à bout de doigt, on sent au niveau

du colon sigmoïde une tumeur. On fait le diagnostic d'occlusion intestinale par tumeur du sigmoïde.

Intervention. Il s'agit d'un neo de l'S iliaque très bas situé; les suites opératoires sont excellentes.

Une deuxième intervention permet de faire une ablation large de la tumeur et une opération de Hartmann typique.

Dans nombre des cas de cette catégorie, un interrogatoire minutieux aurait pu retrouver des crises de sub-obstruction à répétition ou des signes de dyschésie qui auraient pu mettre l'attention en éveil et conduire à pratiquer au moins un toucher rectal qui, parfois, aurait révélé un néoplasme.

Clairmont insiste sur un point qui nous paraît digne d'être retenu : la lenteur relative, la progressivité, avec laquelle s'établit l'occlusion ne cadre pas avec la brusquerie habituelle d'installation d'un syndrome d'étranglement herniaire.

Nous rapporterons, en le rattachant à cette catégorie de faux étranglements par occlusion néoplasique l'observation suivante due à l'obligeance du docteur Champeaux. En réalité, il s'agit d'un cas très particulier : néoplasme utérin avec ascite et où le sac herniaire ne contenait que du liquide sous tension.

Mme X..., 71 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Pr. Mondor, mai 1942, pour hernie crurale étranglée droite.

Début quatorze heures auparavant par des douleurs vives, au siège de la hernie, qui était connue, et quelques vomissements alimentaires. La hernie est devenue brusquement irréductible.

Dans les mois qui ont précédé, la malade a présenté des douleurs vagues abdominales, avec amaigrissement, le ventre a grossi. Pas de métrorragies, ni de troubles urinaires ou digestifs.

Examen : Il existe une petite hernie crurale de volume

d'une noix dure, tendue, évidente et très douloureuse, surtout à son collet.

Le diagnostic est évident; c'est une hernie irréductible sans impulsion à la toux, douloureuse. Les vomissements ont vite cessé. Une selle a été émise.

Température 37°3. Pouls 70.

Mais surtout existe d'une façon évidente une tumeur abdominale; très dure, irrégulière, semblant flotter dans une ascite manifeste, elle est sous ombilicale, du volume d'une tête de fœtus, très mobile transversalement, peu ou pas verticalement.

Le T. vaginal la retrouve faisant corps avec l'utérus se mobilisant avec le col, il n'y a pas d'envahissement du vagin ni du rectum au T. rectal. Le foie paraît normal. Pas de métastase évidente. On n'ose pas porter le diagnostic de faux étranglement et on intervient :

Locale. Incision crurale parallèle à l'arcade. Petit lipome préherniaire. Dès l'ouverture du sac, s'écoule du liquide ascitique sous tension séro-hémorragique. Il n'y a rien d'autre dans le sac et il semble évident, étant donné la discrétion des manœuvres sur la hernie qu'aucune anse n'a pu s'échapper. Il s'agissait de liquide brusquement mis sous tension et ne pouvant refluer vers l'abdomen. On agrandit l'orifice par section de l'arcade et on peut ainsi mieux palper la masse néoplasique, très volumineuse, sans doute utérine, on sent même quelques noyaux péritonéaux.

Cure radicale habituelle.

La malade après l'intervention a décliné lentement et est morte; s'est éteinte pourrait-on dire, sans complication appréciable, le seizième jour.

II. — FAUX ETRANGLEMENT HERNIAIRE ACCOMPAGNANT UN ILEUS DYNAMIQUE

Parmi les cas rassemblés par Clairmont, douze seulement (sur 107) étaient des faux étranglements au cours d'un ileus dynamique. Cependant, les publications les plus récentes concernent surtout cette catégorie.

1° Parfois c'est au cours d'une hémorragie intra-péritonéale qu'est apparu le faux étranglement, on sait la possibilité de syndromes d'ileus au cours des hémorragies intra-péritonéales; on a insisté notamment sur les formes pseudo-occlusives de rupture de grossesse tubaire.

a) Plusieurs cas d'hémopéritoine, accident aigu de grossesses tubaires ont été ainsi signalés à l'origine d'un syndrome de faux étranglement.

— Un cas par Clermont (Obs. n° 96 de Simon).

— Un cas par Luccioni (Bulletin de la société de chirurgie de Marseille, avril 1932).

— (Faux étranglement et avortement tubaire.)

— Un cas par Gütig (*Beitrage für Klinische Chirurgie* (1929)).

Nous résumons cette dernière observation :

Malade de 42 ans depuis longtemps asthmatique et bronchiectasique, porteuse depuis douze ans d'une hernie ombilicale. Il y a cinq ans, grossesse extra-utérine.

Dernières règles, il y a vingt-deux jours, depuis dix jours douleurs, petites métrorragies, quinze jours avant l'entrée à l'hôpital, violentes douleurs abdominales, nau-

sées et vomissements. La hernie ombilicale, jusque-là molle, devient dure et très douloureuse à la pression. Pas de selles, pas de gaz depuis 24 heures.

Examen : Malade amaigrie, très pâle.

Température 37°4. Pouls 90. A l'examen des poumons râles ronflants et sibilants diffus.

— Hernie ombilicale grosse comme une tête d'enfant, très tendue et douloureuse à la pression.

— Abdomen ballonné, tympanique à la percussion avec un peu de matité des flancs, ne se déplaçant pas aux changements de position de la malade.

Au toucher vaginal : utérus à peine augmenté de volume, aucune modification décelable des annexes.

On intervient avec le diagnostic de hernie ombilicale étranglée. Incision de la volumineuse hernie; elle contient du grêle, du gros intestin et de l'épiploon. Ce dernier est adhérent et imbibé de sang. Sur les anses distendues, aucune signe d'étranglement. Réduction de l'intestin facile à travers un collet herniaire grand comme une petite paume de main. Du sang noir s'écoule par l'angle inférieur de la plaie opératoire. On agrandit l'incision vers le bas : grande quantité de sang liquide et de caillots dans l'abdomen, grosse tubaire gauche.

Ablation, guérison (après une occlusion post-opératoire ayant nécessité une réintervention).

b) Mais d'autres causes beaucoup plus exceptionnelles d'hémopéritoine ont pu être à l'origine d'un faux étranglement.

Tels sont les deux cas rapportés par notre maître le professeur Mondor à la Société Nationale de Chirurgie le 3 mai 1933.

— Le 1^{er} (cas de MM. Mourgues, Molines et Cabanac de Montpellier). Concerne un faux étranglement d'une hernie inguinale droite chez un homme de 56 ans. L'intervention découvrit un sac plein de sang sans autre contenu

et du sang s'écoulait par le collet. La laparotomie révéla un abondant hémopéritoine dû à un foyer de thrombose du petit épiploon (apoplexie intra-abdominale. Tamponnement. Fermeture plan par plan. Guérison.

— Le 2^e cas (*Rud. Hospitalstítende*, novembre 1931) concerne une femme de 73 ans (déjà hospitalisée pour hémiplégie et aphasie) chez laquelle apparurent des signes d'étranglement d'une hernie ombilicale. Il s'agissait en fait d'un hémopéritoine par rupture d'une branche de la gastroépiploïque gauche qui fut liée; pas de foyer de cyto-stéatonecrose, ni d'infarctus intestinal. La malade mourut de pneumonie six jours après.

— Nous voulons enfin rapporter l'observation inédite suivante que notre collègue Estève a bien voulu nous communiquer et qui concerne un faux étranglement consécutif à un épanchement sanguin intrapéritonéal dû à une rupture traumatique de la rate.

Il s'agit d'une femme de 71 ans, entrée le 8 mai 1943 à la Maison municipale de Santé Dubois, dans le service de M. le Docteur Soupault.

La malade avait fait une chute la veille et ressentait depuis des douleurs abdominales. Elle présentait une hernie crurale droite ancienne du volume d'un œuf de poule, devenue depuis la chute irréductible et douloureuse. Pourtant, il n'y avait pas de signe d'occlusion; le ventre était souple, l'état général bon; mais on notait des douleurs aux inspirations profondes.

On pensa qu'ils s'agissait d'un engouement herniaire.

Intervention (Docteur Jean Gosset). Cure de la hernie, le sac contient du sang et de l'épiploon sain et adhérent qu'on résèque. On voit alors qu'il vient du sang en abondance du ventre.

Laparotomie médiane qui permet de se rendre compte qu'il y a une hémorragie interne importante par rupture de la rate. Splénectomie assez difficile. Paroi aux bronzes et au fil de lin sans drainage.

2^e Un faux étranglement peut aussi accompagner des affections septiques abdominales et en premier lieu :

A. — L'APPENDICITE.

Il ne s'agit bien entendu pas ici de l'appendicite herniaire dont nous avons parlé plus haut, mais de l'inflammation d'un appendice intra-abdominal chez un sujet porteur de hernie.

Tous les degrés de lésions appendiculaires ont été ici rencontrés : depuis l'appendice simplement rouge et turgescant jusqu'à l'appendice gangréneux et perforé.

Clairmont en rapporte cinq cas.

Creyssel et Arnulf (*Provence Médicale*, 15 décembre 1943) en relatent deux exemples personnels.

Nous citerons l'observation de F.-O. Mayer (*Munchener Medizinische Wochenschrift*, janvier 1932).

Une fillette de 11 ans a présenté brusquement des douleurs violentes dans le bas-ventre avec vomissements répétés; en même temps, apparaissait à la région inguinale droite une tuméfaction grosse comme une pomme, douloureuse.

La malade entre quatre jours après le début.

Température 37°8. Pouls 104.

On pose le diagnostic de hernie inguinale étranglée. Intervention. A l'ouverture du sac, il s'écoule du pus à odeur caractéristique de pus à colibacille. Dans le sac herniaire on trouve de l'épiploon infiltré et œdématié. Large communication avec la cavité d'un abcès bien limité occupant le bas-ventre à droite et venant d'une suppuration appendiculaire.

L'auteur fait remarquer que le diagnostic exact aurait dû être fait en se basant sur le mode de début qu'un interrogatoire soigneux aurait révélé :

Température 39 le premier jour, pouls 104, douleur au début localisée à l'ombilic et au bas-ventre; seulement au troisième jour et quatrième jour apparition de la tuméfaction inguinale qui devient par la suite douloureuse.

Nous relatons encore ici l'observation inédite due à l'obligeance de notre collègue R. Kuss.

M. F. Ch., 55 ans. Envoyé par un médecin (à Angers) à 23 heures pour étranglement herniaire gauche. Température 37°5. Pouls 80. Hernie irréductible, douloureuse. Pas de gaz depuis le matin.

A l'examen l'abdomen est peu ballonné; on constate une hernie inguinale gauche tendue, douloureuse, mais on la réduit assez facilement en recherchant sa réductibilité.

On se pose la question de savoir si on allait opérer tout de suite malgré la réduction facile, la palpation de l'abdomen légèrement météorisé révèle une douleur au point de Mac Burney. On pense à une forme occlusive de l'appendicite.

On fit un Mac Burney. Appendice turgescent, plein de pus.

Fermeture sans drainage. Guérison.

Avant d'en finir avec les faux étranglements au cours de l'appendicite, nous voulons signaler le cas très particulier, auquel nous avons fait allusion plus haut d'empyème dans un sac herniaire ne contenant ni épiploon, ni intestin, à la suite d'une appendicite suppurée; ces cas ont aussi donné lieu à des symptômes d'étranglement.

G. Aigrot, dans *Lyon Chirurgical*, 1931, en a rapporté trois cas. Ce qui rend ces cas un peu particuliers, c'est l'absence de communication entre le collet herniaire et la grande cavité péritonéale, le collet était sans doute obturé par des fausses membranes. Autre fait curieux, le pus contenu dans le sac n'avait pas la même virulence que celui de la grande cavité : tandis que les incisions iliaques suppurent longtemps, les plaies herniaires guérissent rapidement.

Dans ces cas encore, le début était celui typique d'une appendicite et, au moment de l'examen, il persistait quelques symptômes au niveau de la fosse iliaque droite.

On voit donc toute la valeur de ces constatations pour le diagnostic.

Nous relaterons enfin une observation toute récente que notre collègue et ami Dubost a bien voulu nous communiquer. Elle concerne un malade hospitalisé et opéré d'urgence dans le service de notre maître, le Professeur Brocq, pour hernie étranglée alors qu'il s'agissait d'une appendicite suppurée intra-abdominale (l'inflammation s'étant propagée au sac herniaire). M. le Docteur Rudler, chirurgien des Hôpitaux de Paris, avait d'ailleurs soulevé l'hypothèse d'une appendicite chez ce malade.

Monsieur R., 42 ans, entre dans le service du Professeur Brocq le 23 septembre 1943. Hospitalisé la veille au soir dans le service du Docteur Nicaud pour syndrome abdominal douloureux et fébrile survenu dans les suites d'une « grippe » que le malade soigne chez lui.

Le 23 au matin le Docteur Lafitte examinant le malade constata qu'il présentait dans la région inguinale droite une tuméfaction allongée, douloureuse au palper; la notion d'une ancienne hernie inguinale jusqu'alors parfaitement réductible fit donc poser le diagnostic d'étranglement.

Le malade, examiné par le Docteur Rudler, présentait alors dans la région inguinale droite une tumeur allongée ovoïde, dure et douloureuse au palper, surtout dans la *région inféro-externe*.

On notait en plus un certain degré de météorisme abdominal, un certain *degré de défense douloureuse dans la fosse iliaque droite*, au-dessus de l'arcade.

Le toucher rectal révélait une *sensibilité nette* du Douglas.

La température était à 38°5 le malade présentait quelques nausées.

Devant ce tableau d'étranglement atypique, le Docteur Rudler souleva l'hypothèse d'une appendicite herniaire.

L'intervention fut pratiquée aussitôt (Dubost) sous anesthésie locale. Incision inguinale. On tombe sur une masse du volume d'un petit œuf, située en plein dans les éléments du cordon. L'incision prudente de sa paroi épaisse, lardacée, conduit sur une cavité fermée aux deux ex-

trémities présentant des replis et fausses membranes d'aspect récent.

Pensant à la possibilité d'une lésion intra-péritonéale, on pratique une boutonnière à travers, petit oblique et transverse, et, dès l'ouverture du péritoine, issue de pus fétide. On agrandit alors l'incision en hernio-laparotonie. On découvre une collection suppurée (prélèvement) limitée par le caecum, l'épiploon et les dernières anses grêles. On a quelque peine à libérer l'appendice perforé à sa base sous un coprolithe. Appendicectomie. On constate alors que le fond caecal s'est engagé partiellement dans l'orifice profond du canal inguinal profond. La plaie est saupoudrée au septonix.

Il est donc vraisemblable de penser qu'à la suite d'une perforation appendiculaire s'est constitué un abcès ilio-pelvien, que celui-ci a fusé dans le sac herniaire et que, secondairement, le caecum est venu obturer l'orifice profond du canal.

Ainsi s'expliquent l'exclusion partielle du sac, l'aspect lardacé et les fausses membranes qu'il présentait.

Suites opératoires simples.

Le malade sort, apyretique, au vingt-huitième jour.

B. — Bien d'autres affections septiques intra-abdominales peuvent amener chez un malade porteur de hernie au syndrome de faux étranglement.

a) *Les perforations d'ulcères gastroduodénaux* ont été parfois en cause.

Nous avons déjà cité le cas de Lenormant (hernie épigastrique paraissant étranglée; à l'intervention sac ne contenant que du liquide gastrique provenant de la perforation d'un gros ulcus calleux de la paroi intérieure de l'estomac) et le cas de G. Aigrot (au cours d'une intervention pour hernie crurale droite étranglée, on découvre un sac plein de liquide trouble et ne contenant rien d'autre; il s'agissait de la perforation d'un ulcus pépylorique).

Pollosson, dans la thèse de Piana (*Les hernies symptomatiques* (Lyon 1932), en donne aussi un exemple :

Femme de 41 ans, entrée à l'hôpital pour hernie inguinale étranglée depuis 36 heures; l'examen révèle une hernie tendue, irréductible, douloureuse, mais aussi des signes de péritonite généralisée et une contracture épigastrique. La malade dit avoir senti au début des accidents quelque chose « crever au fond de son estomac ». Syncope en asseyant la malade. La hernie paraît alors moins tendue.

Intervention. Dans le sac, on ne trouve aucun organe étranglé. La laparotonie médiane sus-ombilicale permet de découvrir la perforation d'un ulcère prépylorique. Bile noire dans tout le ventre.

Fermeture de la perforation. Mort à la fin de l'intervention.

F.-O. Mayer cite également deux cas de ce genre :

Dans l'un, on intervient pour hernie étranglée épigastrique et il s'agit en fait d'un ulcus duodénal perforé; dans l'autre, l'intervention pratiquée pour hernie crurale droite étranglée, conduisit après constatation d'une anse non étranglée et réductible dans la hernie et après vérification de l'appendice, à découvrir par incision épigastrique une perforation d'un ulcus gastrique.

Dans ces deux cas, l'auteur fait remarquer qu'un interrogatoire fouillé portant sur le mode réel de début la localisation des signes au début et sur les antécédents de dyspepsie ulcéreuse typique qui existaient dans les deux cas, auraient sûrement permis le diagnostic exact.

Nous pouvons ajouter qu'un examen radiologique en pareil cas montrerait le pneumopéritoine et confirmerait ainsi le diagnostic hésitant.

b) Dariau, dans la *Gazette des Hôpitaux* (12 octobre 1932), rapporte un cas de perforation diastatique du colon sigmoïde consécutive à un cancer sous-jacent ignoré et simulant chirurgiquement un étranglement herniaire.

Il s'agissait d'un homme de 80 ans, constipé chronique,

qui présentait une double hernie inguinale depuis très longtemps. Un jour, brusquement, malaise général, douleurs abdominales, qui l'obligent à s'aliter; le lendemain, douleur brutale, atroce, rapidement généralisée à tout l'abdomen, vomissements bilieux. À l'examen: agitation, facies péritonéal, pouls plein et bien frappé.

Volumineuse hernie inguinale gauche réductible non douloureuse. Hernie inguinale droite (qui a récidivé après une intervention ancienne dont on voit la cicatrice) et qui est douloureuse, et ne se laisse plus réduire. Elle est un peu tendue et mate à la percussion.

L'abdomen est contracturé dans son ensemble, douloureux à la palpation avec deux maximum douloureux: un dans la fosse iliaque gauche, un dans la fosse iliaque droite au voisinage du collet de la hernie.

Quelques heures plus tard, tous les signes se sont exagérés, la hernie est devenue plus tendue et extrêmement douloureuse au collet. Le toucher rectal ramène un peu de sang et des matières fétides.

On croit à une hernie inguinale droite étranglée et l'on intervient. (L'existence d'une zone particulièrement douloureuse dans l'abdomen avait fait soupçonner la possibilité d'une hernie en W avec péritonite de la grande cavité.)

Intervention : Incision du sac à l'anesthésie locale : le sac est vide. Par le collet, issue des matières fécales de la cavité abdominale; large drainage. L'opéré étant à toute extrémité, refroidi et sans pouls, on s'en tient là. Exitus trois heures plus tard.

Autopsie : Perforation diastatique du colon sigmoïde sus-jacent à un cancer en virole recto-sigmoïdien. Aucun organe n'est engagé dans le sac herniaire droit.

c) Nous avons d'autre part trouvé dans la littérature deux cas de faux étranglement consécutifs à une cholécystite aiguë :

Le premier est rapporté par Pollosson dans la Thèse de Piana déjà citée :

Femme de 52 ans, qui, depuis 8 heures, vomit et présente une hernie crurale droite plus douloureuse qu'à l'ordinaire, cette hernie n'est pas tendue; on pense cependant à une hernie étranglée.

Intervention : La kélotomie montre de nombreux faux-sacs, le sac est vide, un peu de liquide sort de l'abdomen. Fermeture. Guérison.

Trois semaines après, nouvelle crise douloureuse, très violente avec subictère et douleurs au point vésiculaire. La vésicule ne s'injecte pas par le tétraïode.

Deuxième intervention cholécystectomie : la vésicule, pleine de pus, contient plusieurs calculs; nombreux points de sphacèle des parois.

— Le deuxième cas est relaté par F.-O. Mayer, qui avait eu le mérite de discerner l'importance des symptômes vésiculaires dans le tableau clinique et de faire le diagnostic exact avant l'opération :

Femme de 40 ans, porteuse depuis de nombreuses années d'une hernie ombilicale. Depuis un an et demi, douleurs fréquentes au niveau de la hernie qui ne se laisse plus complètement réduire. Depuis 24 heures, douleurs particulièrement violentes, vomissements répétés, selles et gaz normaux. Admission avec le diagnostic : hernie ombilicale étranglée.

Chez cette malade, grosse et forte, les faits suivants plaident pour une cholécystite : Température à 37°8, leucocytes: 12.000; sensibilité à la pression de l'hypocondre droit, irradiation de la douleur vers l'épaule droite, douleur plus légère au niveau de la hernie ombilicale, grosse comme une petite pomme et partiellement réductible, mate à la percussion.

On écarte le diagnostic de hernie étranglée et on intervient le jour suivant par laparotomie médiane sus-ombilicale qui confirme le diagnostic de cholécystite.

d) Des péritonites d'origine génitale ont pu donner également des tableaux de faux étranglement.

Clairmont relate une observation personnelle (obs. n° 9) où une perforation utérine méconnue au cours d'un curetage, avait été suivie de troubles abdominaux en même temps qu'une hernie crurale devenait irréductible et douloureuse. La laparotomie avait été pratiquée sans tenir compte de la hernie et avait vérifié la perforation.

— Goyrand (cité par Clairmont, obs. 97) avait observé un faux étranglement consécutif à la rupture d'un kyste de l'ovaire.

Enfin la péritonite, qui est à l'origine du faux étranglement, peut avoir pour point de départ un pyosalpinx.

Clairmont en cite un cas personnel (observation 10).

Beaucoup plus récemment, Soïmaru, de Bucarest, en a donné une observation dans son étude sur les Péritonites généralisées par rupture de pyosalpinx (*La gynécologie*, janvier 1935) (Observation V) :

Malade, âgée de 36 ans, entrée à la clinique le 23 janvier 1930, le matin, pour hernie étranglée droite.

Hernie inguinale droite depuis quelque temps déjà irréductible.

Six mois avant son entrée à la clinique, la malade a souffert d'une affection génitale, probablement une annexite.

Depuis deux semaines, les douleurs ont réapparu. La veille de son entrée à l'hôpital, elle a été prise de grandes douleurs abdominales avec évanouissement, la douleur s'accroissant plutôt au niveau de la hernie. En même temps, l'abdomen se ballonne. Aggravation sensible pendant la nuit.

Examen à l'arrivée : Dyspnée avec mauvais état général; douleurs abdominales; arrêt des matières et des gaz. Pouls à 120. Température : 37°. Ballonnement de l'abdomen sous-ombilical.

Au niveau de la zone inguinale droite, tuméfaction de la grosseur d'un œuf de poule, douloureuse, irréductible.

Au toucher vaginal : culs-de-sac vaginaux distendus et

sensibles. Le corps utérin et les annexes ne peuvent être délimités par suite du tympanisme abdominal.

Diagnostic : Hernie inguinale droite étranglée avec phénomènes péritoneaux consécutifs.

Opération (3 janvier 1930), (Prof. Daniel, de Bucarest).

Anesthésie générale. Incision inguinale droite. On ouvre un sac herniaire de la grosseur d'une noix qui ne contient aucun organe abdominal; il est plein de pus venant de la cavité abdominale.

L'exploration de la zone annexielle droite par le sac inguinal, permet de la reconnaître grossie, empâtée. Incision sur la ligne médiane; la cavité péritonéale est remplie d'un pus dont l'origine est à l'annexe droite.

Drains et mèches dans le Douglas.

Guérison.

3° Des torsions intra-abdominales ont pu, elles aussi, s'accompagner de faux étranglements herniaires.

Voici deux observations de Pollosson (relatées dans la Thèse de Piana) :

— La première concerne une *torsion épiploïque* intra-abdominale.

Homme de 36 ans avec une hernie inguinale droite dant de l'enfance. Cette hernie devient brusquement tendue et douloureuse. Quelques heures après, on note de la contracture iliaque droite; on sent dans cette région une masse diffuse, douloureuse, qui fait porter le diagnostic d'épiploïte.

Intervention Max Schuller. Sang dans tout le ventre. Torsion intra-abdominale du grand épiploon. Le tablier épiploïque a tourné six fois sur lui-même.

Résection. Ligature en chaîne. Fermeture totale.

— La deuxième observation est celle d'un *kyste tordu de l'ovaire* simulant un étranglement herniaire :

Jeune femme de 28 ans. Hernie ancienne, devenue brusquement tendue et douloureuse, irréductible depuis 24 heures. Coliques abdominales violentes, vomissements, pas de température.

Intervention. Sac tendu rempli de sérosité louche, ne contenant pas d'intestin, mais une frange épiploïque non étranglée. Laparotomie sous-ombilicale : kyste de l'ovaire tordu trois fois en voie de sphacèle.

Seule la hernie avait donc attiré l'attention; le kyste fut une découverte opératoire.

4° Il n'est pas jusqu'à la pancréatite hémorragique aiguë qui n'ait pu, elle aussi, donner des signes d'étranglement au niveau d'une hernie coexistante.

Clairmont rapporte cette observation de Brown (Obs. 107) :

Homme de 60 ans, auparavant bien portant; ressent d'intenses douleurs abdominales entre l'ombilic et la symphyse. Il vomit deux ou trois fois; arrêt des matières et des gaz. Le ventre est tout entier ballonné et très douloureux. Le scrotum est le siège d'une hydrocèle bilatérale, et d'un côté aussi d'une hernie inguinale irréductible dont la palpation est très douloureuse. Herniotomie. La hernie contient une anse intestinale hyperhémiee, mais non gangréneuse et que l'on peut facilement réduire. L'anneau herniaire est fermé. Mort 24 heures après.

L'autopsie montre toutes les lésions d'une pancréatite hémorragique aiguë avec nombreuses taches de cytotéatonecrose, pus dans la cavité abdominale. Dans la vésicule biliaire, nombreux petits calculs.

5° Enfin nous avons vu un cas récent de faux étranglement herniaire dû à un infarctus mésentérique intra-abdominal, dans le service de notre Maître M. le Professeur Mondor, à la Salpêtrière.

Ce cas est tout différent des infarctus intra-herniaires que nous avons déjà envisagés dans la première partie, tout différent également du cas relaté par Silhol (Thèse de

Montpellier, 1930), où une partie de l'intestin infarci (sur 2 mètres de long) était intra-herniaire, mettant ainsi la lésion sous les yeux de l'opérateur dès l'ouverture du sac.

Le cas que nous voulons relater concernait un homme amené d'urgence à l'hôpital le 14 avril 1943 et chez qui notre collègue Claude Dufourmentel avait constaté les signes d'une hernie inguinale droite étranglée (douleurs, vomissements, hernie tendue, douloureuse, irréductible).

À l'intervention (à laquelle nous avons assisté), pratiquée par les Docteurs Debeyre et Dufourmentel, le sac une fois incisé on vit une anse simplement congestive. En attirant cette anse pour voir le collet, issue de liquide sanglant. On attire un peu plus, on voit alors l'intestin infarci sur 70 cm. environ.

Résection. Anastomose latéro-latérale. Résection du sac herniaire. Paroi en deux plans préfundiculaires.

Le malade sortit guéri le 11 mai.

6° Enfin, pour compléter cette liste d'affections observées à l'origine de faux étranglements herniaires, il nous reste à citer les observations de Karl Gütig ayant trait à quatre tableaux de hernies ombilicales étranglées survenues chez des malades atteints de grippe au cours d'une épidémie. Après bien des hésitations on conclut à des *manifestations abdominales de la grippe* et l'on n'intervint pas : les quatre malades guérirent.

Le même auteur rapporte encore un faux étranglement survenu au cours d'une *crise douloureuse de lithiase rénale* :

Malade de 64 ans, obèse, opérée quatre ans auparavant pour hernie ombilicale étranglée. Depuis quelques heures, violentes douleurs abdominales et vomissements; de plus, tuméfaction très douloureuse à la pression, siégeant au niveau de la cicatrice opératoire ancienne, et qui avait fait porter le diagnostic d'événtration post-opératoire étranglée.

Examen : Malade cyanosée. Température 36°8. Pouls 120, irrégulier, le ventre modérément ballonné; sous la cicatrice transversale, dans la région de l'ombilic extirpé, on palpe une tuméfaction de la taille du poing environ, très tendue, très douloureuse à la pression.

Dans les urines, albumine, cylindres byalins et granuleux, globules sanguins blancs et rouges. On pose le diagnostic de hernie récidivée et étranglée.

Intervention : anesthésie générale à l'éther. Libération et ouverture du sac herniaire. Il contient plusieurs anses intestinales agglutinées un peu distendues, sans aucun signe en faveur de l'étranglement. On réduit les anses; fermeture de l'anneau herniaire. Guérison per primam. Les suites opératoires montrèrent qu'il s'était agi, à n'en pas douter, d'une crise lithiasique rénale.

La paralysie réflexe de l'intestin qui accompagne souvent les crises douloureuses lithiasiques (quelquefois si marquée qu'on a pu décrire une véritable forme occlusive de la colique néphrétique) est ici à l'origine de ce faux étranglement.

PATHOGENIE

La pathogénie de ces faux étranglements herniaires s' imagine plus ou moins facilement selon la cause qui leur a donné naissance.

I. — Envisageons d'abord les *faux étranglements au cours d'ileus internes mécaniques*.

1° *Si l'obstacle siège en aval de l'anse herniaire, sur l'intestin efférent.*

(Cet obstacle peut être une bride, une sténose néoplasique, un étranglement dans une deuxième hernie interne ou externe), l'intestin hernié participe au météorisme en amont de l'obstacle d'autant plus précocement et intensément que l'obstacle siège plus près de lui, il devient tendu, douloureux, volumineux et ne peut plus être réduit d'autant plus que la pression intra-abdominale est augmentée.

2° *Si l'obstacle siège sur les deux bouts de l'anse herniaire.*

(C'est le cas par exemple d'une bride comprimant les deux pieds de l'anse, d'un volvulus portant sur les deux pieds de l'anse, dans l'abdomen, non loin de l'anneau herniaire.)

Les conditions ne sont pas tellement différentes pour

l'intestin, de celles que réalise un véritable étranglement herniaire par, le collet ou l'anneau.

On comprend donc facilement les signes du faux étranglement.

3° *Si l'obstacle, enfin, siège en amont de l'anse herniaire, sur l'intestin afférent.*

(On n'observe dans ce groupe de fait que des volvulus ou coudures de l'anse afférente.)

Le faux étranglement ne peut s'expliquer par des modifications de l'intestin sous-jacent à l'obstacle : cet intestin est en effet plat et rétracté.

En fait, comme nous l'avions vu en étudiant les volvulus de l'anse afférente, il semble bien dans la plupart des cas de ce groupe, qu'il ne faille pas parler de faux étranglement herniaire, mais d'étranglement herniaire vrai primitif, le volvulus ou la coudure sous-jacents étant secondaires à cette incarcération.

Il n'en faut pas moins reconnaître et lever l'obstacle interne.

II. — Tout autre est la pathogénie des faux étranglements au cours d'un ileus dynamique.

1° Parfois ici, le sac herniaire ne contient que du liquide sous tension : sang, liquide séreux, ou pus.

— La douleur s'explique facilement par la distension du sac et surtout son irritation par le liquide qu'il contient.

— L'irréductibilité est parfois due à l'obturation du collet par des fausses membranes ou par l'œdème et la congestion des parois du collet, qui s'appliquent l'une contre l'autre et s'opposent ainsi au refoulement du liquide intrasacculaire.

Mais dans certains cas, la communication avec la grande cavité péritonéale persistait. On a invoqué alors parfois la contracture des muscles de la paroi au niveau du collet, qui serait un réflexe dû à l'inflammation du péritoine du sac herniaire. Il est possible, en effet, que, dans les cas où existe une contracture abdominale de quelque étendue, ce

mécanisme puisse jouer pour empêcher le reflux des liquides intrasacculaires dans l'abdomen. Une contracture localisée uniquement autour du collet alors que le ventre est souple, nous paraît au contraire, difficilement admissible; il n'en existe en tout cas aucune preuve.

2° Dans d'autres cas des organes abdominaux sont découverts dans le sac, congestionnés, augmentés de volume, plus ou moins difficilement réductibles malgré la largeur du collet et de l'anneau herniaire.

Ces organes congestionnés et œdémateux qui baignent souvent dans des liquides irritants (aseptiques ou septiques) sont douloureux et augmentés de volume, la distension paralytique s'il s'agit de l'intestin, qui participe à l'ileus dynamique accompagnant l'affection causale, est également génératrice de douleur et d'irréductibilité, surtout si l'on considère que l'augmentation habituelle de la pression intra-abdominale dans ce cas est un obstacle de plus à la réduction.

DIAGNOSTIC

I. — Peut-on poser le diagnostic de faux étranglement herniaire cliniquement?

L'étude des observations ci-dessus relatées nous montre que dans la majorité des cas, le diagnostic n'est pas fait cliniquement.

Le plus souvent, voici comment les choses se passent : un malade se présente qui vomit et qui souffre, avec arrêt plus ou moins complet et net des matières et des gaz. Il présente une hernie qu'il n'avait pas remarquée avant l'apparition des troubles qui l'amènent ou bien qui était jusque-là indolente et bien réductible; cette hernie est tendue, douloureuse et irréductible : on confirme d'emblée le diagnostic du médecin (ou du malade lui-même quelquefois!) : c'est une hernie étranglée qu'il faut opérer d'urgence. Dans la majorité des cas, les constatations opératoires et l'évolution donneront raison.

Mais, de temps en temps, on méconnaîtra ainsi une affection intra-abdominale, origine réelle des troubles observés et qui réclame un traitement de toute urgence. Ces faux étranglements herniaires ne sont pas tellement exceptionnels; notre Maître M. le Professeur Mondor ne déclare-t-il pas dans son livre *Diagnostics urgents*, qu'il a l'occasion d'en montrer tous les ans un exemple à ses internes?

Nous croyons donc qu'en présence d'un tableau de hernie étranglée de diagnostic apparemment facile, on ne saurait se dispenser d'un interrogatoire soigneux portant sur les antécédents et sur le mode de début du syndrome aigu actuel : mode et localisation initiale de la douleur, ses irradiations, allure générale et degré des troubles observés (arrêt des matières et des gaz, vomissements, etc.), d'un examen minutieux de la tuméfaction herniaire, de l'état de la paroi abdominale, de la recherche d'une zone abdominale électivement douloureuse ou météorisée, d'un toucher rectal ou vaginal enfin.

De ces investigations on pourra parfois dégager des nuances cliniques qui ne cadrent guère avec le diagnostic de hernie étranglée et qui pourront conduire le clinicien à rechercher une autre cause aux troubles observés.

C'est ainsi que l'interrogatoire, par exemple, peut apprendre un début douloureux dans la fosse iliaque droite, au niveau de laquelle une palpation attentive peut mettre en évidence un point douloureux dans la zone du Mac Burney, ou même une défense légère à ce niveau. Ces faits, joints à certaines anomalies, que nous envisagerons tout à l'heure, au niveau de la hernie qui avait paru tout d'abord étranglée, conduiront à réformer le diagnostic et à l'aiguiller vers un faux étranglement au cours d'une appendicite.

Ailleurs, c'est l'évolution de l'occlusion, obstruction complétée progressivement, qui ne cadre pas avec la brutalité habituelle d'installation des troubles dans un étranglement herniaire, et qui conduirait, à envisager l'hypothèse d'une obstruction néoplasique.

F.-O. Mayer, que nous avons plusieurs fois cité déjà, fait plusieurs fois son « mea culpa » à la suite des observations de fausses hernies étranglées qu'il relate. Il cite, par exemple, le cas d'un homme de 66 ans opéré pour hernie étranglée et où l'intervention ne montra aucun étranglement herniaire; un interrogatoire soigneux aurait appris chez cet homme (il ne fut fait qu'après l'intervention) l'existence d'incontinence des matières et de ténésme rectal, et le toucher rectal aurait montré un cancer sténo-

sant inopérable du rectum responsable de l'occlusion observée.

Dans beaucoup de cas, certes, on n'arrivera pas à une conclusion aussi précise ni aussi certaine, mais l'interrogatoire et l'examen abdominal et général d'une part, la constatation d'anomalies au niveau de la hernie soi-disant étranglée de l'autre, pourront faire soupçonner un faux étranglement herniaire.

Quels sont donc les signes susceptibles d'attirer l'attention au niveau de la hernie vers la possibilité d'un faux étranglement?

— Tout d'abord, *l'absence de maximum douloureux au niveau du pédicule herniaire*; ce maximum manque rarement dans une hernie étranglée; dans les faux étranglements, la hernie est douloureuse dans son ensemble, pas plus au collet qu'ailleurs ou bien l'on note un maximum douloureux en un point de la hernie qui n'est pas le pédicule.

— En outre, tandis que la tension d'une hernie étranglée est importante et croissante, dans les faux étranglements herniaires, la *tuméfaction reste en général modérément tendue*.

— En troisième lieu, on peut parfois noter une *réductibilité partielle* de la tuméfaction herniaire, le contenu de l'anse herniaire volumineuse et distendue se laissant en partie refouler dans l'abdomen par la pression, et *revenant dans la hernie dès que cesse la pression*.

— D'autres symptômes encore ont été donnés, comme la constatation que le contenu herniaire est sûrement de l'épiploon, alors qu'il existe des signes d'occlusion complète (qui ne sauraient être expliqués par une épiplocèle étranglée); mais ces symptômes nous paraissent trop peu sûrs ou de constatation trop difficile pour devoir être retenus.

Concluons donc que sur des signes herniaires d'une part, des renseignements fournis par l'interrogatoire, l'examen de l'abdomen, le toucher rectal et vaginal d'autre part, on peut souvent *soupçonner* une fausse hernie étran-

glée; dans certains cas on pourra affirmer ce diagnostic et déceler l'affection abdominale qui a donné naissance au syndrome herniaire.

Il faut cette *certitude*, en somme assez rare, pour s'abstenir de pratiquer d'abord une kélotomie pour vérifier le contenu herniaire; cette conduite doit être la règle lorsqu'on ne fait que soupçonner un faux étranglement. Voici une observation de Pollosson, que cet auteur a eu le courage de publier, qui montre combien il faut se défier d'un diagnostic de faux étranglement douteux :

Femme de 73 ans, entrée pour hernie étranglée. Hernie datant de vingt ans, toujours irréductible; elle n'a pas augmenté de volume, est indolente, pâteuse, mobilisable sans douleur.

Depuis quinze jours, embarras gastrique. Arrêt des matières et des gaz depuis huit jours. Vomissements bilieux. Etat général bon, température 38°8. Ventre souple.

On sent par le toucher combiné un empâtement dans la fosse iliaque gauche.

Un lavement salé hypertonique provoque une selle abondante et l'émission de gaz.

Le lendemain, ventre partiellement déballonné, nouvelle selle, la température persiste à 40°. Foyer de râles crépitants fins à la base.

Mort le quatrième jour. On pense à une pneumonie chez une malade de 73 ans.

Autopsie : Sous un matelas épiploïque adhérent et épais, une anse grêle est étranglée dans le sac.

La masse épiploïque sus-jacente a donné à cet étranglement son allure si particulière, atténuant les signes locaux de telle sorte que l'on avait été pendant 48 heures, presque fier d'avoir porté le diagnostic de hernie symptomatique.

II. — *Lorsque la clinique aura éveillé un doute plus ou moins précis, il sera souvent d'un grand intérêt de pratiquer un examen radiologique, lorsqu'on le peut sans retarder l'intervention.*

Nous ne voulons citer à titre d'exemple que deux circonstances où cet examen aurait eu un intérêt primordial :

Dans les cas de faux étranglement consécutif à une perforation d'ulcus gastrique ou duodénal, l'examen radiologique sans préparation aurait montré le croissant gazeux sous-diaphragmatique signant le pneumopéritoine.

Dans le cas de faux étranglement accompagnant une obstruction néoplasique du colon, le lavement baryté suivi sous écran et pratiqué avec les précautions d'usage (sans forte pression), aurait montré l'obstacle colique intra-abdominal.

III. — Dans les cas, fréquents, où on ne pourra affirmer le diagnostic d'une affection intra-abdominale ayant causé les signes herniaires observés, le doute subsistera et il sera indiqué d'inciser d'abord le sac herniaire. Dans ce cas comme dans ceux où on aura cru à une hernie étranglée et pratiqué la kélotomie — sans penser à un faux étranglement — certains signes au cours de l'intervention devront permettre d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'une incarceration herniaire, mais d'un faux étranglement consécutif à une lésion interne qu'il faudra rechercher :

1° Tout d'abord l'anse herniaire, qui présente véritablement des troubles circulatoires, n'a aucun sillon d'étranglement, ou le collet de la hernie paraît étonnamment large et, en outre, aucun étranglement n'est constaté dans le sac herniaire. L'aspect de l'anse herniaire est donc en contraste avec le défaut d'étranglement dans le sac et au collet.

2° Parfois on est frappé par la quantité minime de liquide intrasacculaire (nous avons vu la fréquence de ce fait dans le volvulus).

3° Ailleurs, c'est l'impossibilité de réduction de l'anse herniaire bien que l'anneau herniaire et le collet du sac aient été fendus, qui attire l'attention; ou bien l'anse herniaire réduite, ressort immédiatement à toutes les tentatives de réintégration.

4° Quelquefois l'anse herniée ayant été réintégrée dans la cavité abdominale, le doigt explorateur franchissant le collet, sent un obstacle dans le ventre (nous avons vu la fréquence relative des occlusions internes dues à la hernie et siégeant non loin de son collet). On a pu ainsi parfois percevoir le mésentère tordu d'un volvulus de l'anse afférente, ou un cordon épiploïque étranglant le pied afférent ou les deux pieds de l'anse herniaire.

5° Dans d'autres cas, en essayant d'attirer les deux bouts de l'anse herniaire, comme c'est la règle dans toute cure de hernie étranglée, on constate qu'un des bouts ou les deux ne se laissent pas attirer : un volvulus de l'anse afférente, une strangulation de l'efférente ou un de ces mécanismes portant sur les deux pieds de l'anse empêchent d'extérioriser l'intestin.

6° Ailleurs, on constate que l'anse afférente n'est pas plate et affaissée, comme il est de règle dans les hernies étranglées, mais dilatée et distendue : il y a un obstacle en aval de la hernie qui conditionne la distension de l'intestin afférent par les matières, les gaz et les sécrétions muqueuses.

7° Ou bien on constate que les troubles circulatoires ne sont pas limités par un sillon, mais se poursuivent sur l'intestin au delà de la hernie; ce fait est surtout significatif au niveau de l'anse efférente.

8° Une autre constatation qui, nous l'avons vu, indique d'une manière certaine l'existence d'une affection intra-abdominale qu'il faut traiter, c'est l'écoulement de sang ou de pus de la profondeur du ventre lorsqu'on attire ou réduit l'anse herniaire.

9° Quelquefois, c'est la présence d'épiploon exclusivement dans le sac alors que l'occlusion était absolue qui conduit à penser qu'il existe dans l'abdomen une autre cause d'ileus.

10° Enfin, dans d'autre cas, la constatation dans la profondeur, à côté de l'anse herniaire, d'intestin violacé, infarci, ou même gangréneux, a pu apporter la certitude qu'il existait une affection intra-abdominale à traiter au plus vite.

Telles sont les constatations au cours de la kélotomie qui font penser qu'il s'agit d'un faux étranglement; ce sont souvent des surprises opératoires; ailleurs, elles confirment le soupçon que l'examen clinique avait fait naître, et conduisent à l'acte thérapeutique approprié.

Si l'on compare l'évolution finale de l'ensemble des cas cités par Clairmont à celle des cas plus récemment signalés, on est frappé de la mortalité infiniment plus élevée dans les premiers : cela tient surtout, croyons-nous, à ce que le taxis était la règle à l'époque où Clermont a écrit son article. Si la réduction était obtenue, on croyait avoir sauvé le malade et ce n'est que devant la persistance prolongée des signes d'occlusion que l'on se décidait à réviser le diagnostic et à intervenir : il était souvent alors trop tard.

C'est également ce qui se produit lorsque ni l'examen clinique ni les constatations opératoires particulières que nous avons exposées ne dépistent, derrière le tableau de pseudohernies étranglées, une affection aiguë intra-abdominale : l'acte thérapeutique nécessaire n'est envisagé que devant la persistance des troubles après la kélotomie, et vient alors fréquemment trop tard.

C'est dire l'intérêt de savoir interpréter les nuances cliniques et peut-être même surtout les constatations opératoires au cours de la kélotomie qui indiquent qu'on est en présence d'un faux étranglement.

CONCLUSIONS

Ainsi donc :

— Une hernie devenue subitement douloureuse et irréductible, s'accompagnant de vomissements, d'arrêt plus ou moins complet des matières et des gaz n'est pas forcément une hernie étranglée.

Il peut s'agir :

1° *d'accidents intra-sacculaires simulant l'étranglement* : appendicite herniaire, épiploïte, torsion d'organes intra-herniaires, inflammation ou torsion d'appendices épiploïques, voire même de collection suppurée dans un sac vide (par infection de voisinage ou même sans cause décelable).

La kélotomie permettra alors de découvrir et de traiter l'accident herniaire en cause.

2° *D'accidents intra-abdominaux conditionnant des modifications herniaires simulant l'étranglement* :

— occlusion mécanique (bride, volvulus, sténose néoplasique, etc...) ;

— occlusion dynamique, appendicite, perforation d'ulcus, rupture de pyosalpinx ou de kyste de l'ovaire, hémor-

ragie intra-péritonéale (le plus souvent accident de grossesse extra-utérine), cholécystite aiguë suppurée, pancréatite hémorragique, infarctus du mésentère, voire même crise douloureuse de lithiasé rénale.

Dans ces cas :

- *des symptômes cliniques*, d'une part:
 - tirés de l'interrogatoire (mode de début, marche du syndrome) ;
 - de l'examen de l'abdomen (zone douloureuse contracturée) ;
 - du toucher pelvien ;
 - de l'examen de la hernie (absence de maximum douloureux au pédicule, tension modérée).
- *Des signes radiologiques* parfois, d'autre part, peuvent :

1° soit affirmer le faux étranglement et présumer avec plus ou moins de certitude la nature de l'affection intra-abdominale causale ;

2° soit soupçonner qu'on est en présence d'un faux étranglement.

— Dans le premier cas, il faut aller d'emblée à l'affection primitive par une incision appropriée : incision iliaque, laparotomie sus ou sous-ombilicale selon les cas, quitte à faire ensuite la kélotomie pour vérifier les lésions herniaires si la levée de l'obstacle interne ne permet pas une réduction immédiate facile des viscères herniés.

— Dans le deuxième cas, mieux vaut inciser d'abord sur la hernie.

Certaines des constatations opératoires que nous avons étudiées confirmeront alors les soupçons et apporteront des précisions sur la nature de la lésion primitive :

- présence de pus ou de sang venant de l'abdomen ;
- impossibilité de réduire les viscères herniés après débridement de l'anneau ;
- impossibilité d'attirer l'anse afférente ou efférente ;

- distension et troubles circulatoires se prolongeant sur l'intestin efférent.

Il faudra alors selon les cas, pour aborder la lésion interne :

- soit prolonger l'incision herniaire en herniolaparotomie.
 - soit refermer la plaie herniaire et pratiquer l'incision appropriée : iliaque ou laparotomie médiane.
-

Vu :

Le Doyen,
A. BAUDOUIN.

Vu :

Le Président de Thèse,
MONDOR.

Vu :

et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
GILBERT GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- 1° PATEL. — *Hernies* (Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet).
MONDOR. — *Diagnostic urgents. Abdomen.*
- 2° *Faux étranglements herniaires :*
CLAIRMONT. — *Die Scheinee inklemmung von Brüche* (Archiv. für Klinische chirurgie, 1909).
V. SILVESTRINI. — *Contributo negli spendostiozzamenti erniari* (Riforma med. 43 : mai 1927).
Vrais et faux étranglements herniaires comme maladies secondaires (Karl Gütig). *Beitrage für Klinische chirurgie* 1929.
F.-O. MAYER. — *Erreurs dans le diagnostic des hernies étranglées.* *Münchener medizinische Wochenschrift*, janvier 1932.
PIANA. — *Les hernies symptomatiques* (Thèse, Lyon, 1932).
STOYANOFF. — *Contribution à l'étude des fausses hernies étranglées.* (Thèse, Montpellier, 1934.)
A. COUVE. — *Les faux étranglements herniaires symptomatiques* (Thèse, Marseille, 1935).
CREYSSSEL et ARNULF. — *Sur le syndrome d'étranglement herniaire symptomatique d'une appendicite aiguë* (Provence Médical, décembre 1932).
DARIAU. — *Perforation du colon sigmoïde consécutive à un cancer sous-jacent ignoré simulant cliniquement un étranglement herniaire.* (Gazette des Hôpitaux, octobre 1932.)
DUNAN. — *Hernie épigastrique douloureuse symptomatique d'un néoplasme abdominal* (Thèse de Bordeaux, 1920).
LUCCIONI. — *Pseudo étranglement herniaire au cours d'un avortement tubaire* (Bulletins et mémoires de la Soc. de chir. de Marseille (avril 1932).
MOIROUD. — *Perforation d'un ulcère simple de l'iléon* (Bulletin et Mém. de la Soc. nat. de chir. de juillet 1932).
MOURGES-MOLINES et CABANAC. — *Abondante hémorragie intra-péritonéale par infarctus de l'épiploon gastro-hépatique* (Rapport de M. le Professeur Mondor. Bulletins et Mémoires de la Soc. nat. de chir. T. XI, page 16).
RUD. — *Hémorragie intra-péritonéale due à la rupture spontanée de l'artère épiploïque par artério-sclérose.*

3° *Appendicite herniaire :*

- Diagnosis of acute hernial appendicitis* (T.-O. Burger et H.-C. Torbert, *an. j. surg.* 42, nov. 38).
- Pseudo strangulated hernia of appendicular origin in connexion with case* (R. PUSCARIU et E. ADAM : *Chy med*, 18 août 1937).
- Phlegmonous hernial appendicitis of right inguinal region with pseudo strangulation syndrome* (P. Buosanti : *Arch. it. di Chir.* 33, 1933).
- Differential diagnosis of tumor like changes in inguinal region simulating incarcerated hernia and appendicular abcess* (E.-C. Schuller : *München made Wschnschr.* 78, déc. 31. *Comment by Schilken* 79, avril 32).
- PALMA. — *Palogenisi e anatomia patologica dei falsi strozzamenti negli appendiciti erniosi* (*Arm. it di chir., napoli*, 1925, IV).
- HOUILLOIN. — *Pseudo étr. hern. ing droit. Appendicite herniaire avec transfixion de l'appendice par corps étrangers* (Paris, *Chir.*, 1921, XIII).
- OTTO (E.). — *Über appendicitis im Bruchsack* (*Deutsche Ztschr. f. chir. Leipz.*, 1922, CIXX).
- RAYNAUD. — *Contribution à l'étude clinique de l'appendicite herniaire crurale.* (Toulouse, 1921).
- C. OWEN. — *Appendice et Appendicite herniaire.* (Thèse, Paris, 1935.)
- LAROCHE. — *Contribution à l'étude des appendicites herniaires.* Thèse, Toulouse, 1931.)
- MONNERVILLE. — *Contribution à l'étude clin. des étranglements appendiculaires et de l'appendicite herniaire.* (Thèse, Toulouse, 1932.)
- EPERGUE. — *Les hernies de l'appendice.* (Thèse, Bordeaux, 1934.)
- LE BLOUCH. — *Contribution à l'étude de l'étranglement de l'appendice dans une hernie crurale.* (Thèse, Bordeaux, 1935.)
- 4° *Hernie des appendices épiploïques:* BRICHARD. (Thèse de Lyon, 1912-1913.)
- KENDIRDJY et SEJOURNET. — *Revue de chir.* 1916, T. (2, P. 36).
- MACHUEL. — Thèse de Lyon, 1912.
- PATEL. — *Soc. de chir. de Lyon*, juillet 1923, *in Lyon chir.* 1923.
- 5° *Péritonites herniaires et inflammation des sacs herniaires :*
- Suppuration of hernial sac. Différenciation of strangulation : Cinq cas* (A. de SIMONE : *Arc. it di chir.* 45, 1937).
- Péritonites généralisées par rupture de pyosalpinx* (*La gynécologie*, SOIMARU, janvier 1935).
- Abcès des sacs herniaires vides* (P. MULLER, *Bulletin et Mém. soc. des chirurgiens de Paris*, 24; 15 avril 1932).
- Péritonites herniaires: quatre cas* (G. AIGROT, *Lyon, chir.* 1928).
- Purulent peritonitis simulating incarceration of hernia* (CARLO, *Policlinico seg. chir.* T. 33, septembre 1926).
- Inflammation of empty crural sac; case* (F. MAGNANI : *Policlinico*, Sez Prat, 37, 25 août 1930).
- M. MADLENER. — *Deutsche Ztschr f. ch.* 199, 1926.
- Über die entzündung des leeren Bruchsackes.*
- Peritonite herniaire. Etude histologique et diagnostique des affections abdominales qui l'accompagnent :* L. JAUR (Thèse, Paris, 1928).
- 6° *Contusions herniaires et pseudo-étranglement.* (Robert CHABRUT, *Presse Médicale*, 10 septembre 1930.)
- Importance des contusions herniaires dans la production des faux étranglements* (G. FRATTIN: *Policlinico*, Sez prat, juin 1927).

PALUTEAU (Pierre J.-S.). — *Contribution à l'étude des contusions herniaires* (Thèse, Bordeaux, 1939-40).

ADAM. — *Etude sur les contusions herniaires* (Thèse, Toulouse, 1926).

7° *Torsion génitale intra-herniaire chez la femme :*

LAPEYRE et CABANAC. — *Torsion de l'ovaire et de la trompe de Fallope dans un sac herniaire simulant un étranglement de l'intestin; deux cas chez l'enfant.* (Arch. de soc. méd. et biol. de Montpellier, 15 juin 1934).

CABANAC et PASSEBOIS. — *Torsion de l'ovaire dans le sac herniaire simulant une hernie étranglée* (Arch. soc. de Soc. Méd. et Biol. de Montpellier, 15 juillet 1934).

A. MOUCHET. — *Torsion de l'ovaire droit dans une hernie simulant un étranglement de l'intestin hernié.* (Presse Médicale, 18 octobre 1930.)

8° *Volvulus intestinaux et épiploïques et hernie :*

LEJARS. — *Torsion du grand épiploon* (Semaine médicale, Paris, février 1907),

O. ANDREIOU et N. COVALI. — *Volvulus de l'épiploon associé à une hernie inguino-scrotale étranglée.* (Spitalul, 57, mai 1937.)

CHAVANAS. — *Gaz. hebdomadaire*, 28 juin 1900.

FIERE. — *Thèse de Lyon*, 1922-23.

POTERAT. — *Soc. de Chirurgie*, 9 juin 1909.

VIGNARD et GIRAudeau. — *Arch. Prov. de Chir.*, 4 avril 1903.

PATEL et POLLOSON. — *Torsion épiploïque intra-abd. d'origine herniaire* (Lyon Chir., 1925). XXII.

PICQUET et BONNECAZE. — *Volvulus herniaires* (Arch. d. mal. de l'appareil digestif, 17; mars 1927).

J. BONNECAZE. — *Volvulus partiel du grêle* (Type inf. iléo colon-mésentérique) et *hernie inguinale droite* (Bull. et Mém. soc. anat. de Paris, 1924. XCIV).

9° *Infarctus intestinal et hernie.*

R. SOLE et R. BUENO. — *Infarctus et apoplexie de l'intestin grêle dans une hernie. Cas après injection d'adrénaline.* (Bol. Y trab. de la Soc. de Cir. de Buenos-Ayres. 22; 6 juillet 1938).

A. LEFORT. — *Infarctus iléomésentérique et hernie crurale étranglée* (Bull. et Mém. soc. des chirurgiens de Paris, 8 nov. 1935).

R. THOUVENIN. — *Un cas de thrombose mésentérique dans un sac herniaire simulant une hernie étranglée* (Arch. méd., Angers, 1923).

J. SIMON. — *Infarctus d'origine herniaire* (Thèse, Paris, 1939).

Pierre SILHIOL. — *Contribution à l'étude de l'infarctus intestinal* (Thèse de Montpellier, 1930).

10° *Divers :*

R.-E. SMITH. — *Torsion d'un kyste herniaire* (Lancet, 1^{er} fév. 1940).

F. PAGLIANI. — *Fibromyxome d'un sac herniaire diagnostiqué comme hernie étranglée* (Bull. d. sc. méd. Bologna, mars-avril 1937).

R. HUMMER. — *Kyste dermoïde de la région fémorale pris pour une hernie étranglée* (Zentral Blatt f. Chir. 63; 13 juin 1936).

O. VENTURINI. — *Kyste dermoïde suppuré diagnostiqué comme hernie étranglée para-ombilicale* (Gior. d. méd. prat. 17; avril 1935).

J. BACALHAU. — *Seminomes bilatéraux sur testicules ectopiques révélés par syndrome de pseudo-étranglement herniaire* (Arq. inst. anat. path. et Path. Gênes. 18; 1932).

J.-H. MORRIS et V.-J. JOHNSON. — *Hernie comme facteur étiologique d'occlusion intestinale aiguë* (Surgery, juin 1937).

A. MARTINEZ-VARGAS. — *Hernie étranglée : diagnostic différentiel et traitement chez l'enfant.* (Bruxelles Méd., 31 août 1930).

- E. CHRISTIDE et I. FAGARASANU. — *Enorme kyste de l'épididyme dans un sac herniaire vagino-péritonéal simulant une hernie étranglée.* (Spitalul, juin 1932.)
- ACQUAVIVA et CAIRE. — *Complications des hernies* (Gaz. des Hôpitaux, 1924).
- CL. CAMPBELL. — *Complications des hernies* (Surg. j. Chicago, 1922 (23. XXIX).
- MOUTIER. — *Etranglement d'un lipome pré-herniaire* (Paris Méd. 1923. XICII).
- LAPEYRE (N.-C.) et CATHALA. — *L'engouement dans les hernies de L's. iliaque* (Montpellier Médical, 1929-1930).
- COGNOZZI. — *Intervento operativo in empiema cystico del sacco di ernia crurale con peritonite generalizzata simulante uno strozzamento* (Riforma med., Napoli. 1928. XXXVII).
- SUTTER. — *Beitrag zur Klinische chirurgie 1927 : die Stiel torsion der Gallenblase.*
- A. KLASS. — *Acute inguinal adenitis simulating strangulated hernia* (Lancet, 29 juin 1935).
- H. DOURIEZ. — *Pseudo étranglement herniaire par adénite de Cloquet* (Paris Chir., 1921, XIII).
- P. TURNER. — *Thrombosed saphenous varix simulating strangulated hernia* (Guy's Hosp. Rep. 84. Janvier 1934).
- M.-N. BREA et A.-H. ROBIANI. — *Sacciform dilatation in thrombosis of pudendal veins diagnosed as strangulated hernia* (Biol. inst. de. Clin. quir. (C. 1940).

